

Механизмы двигательной расторможенности и специфичные им виды коррекционной работы

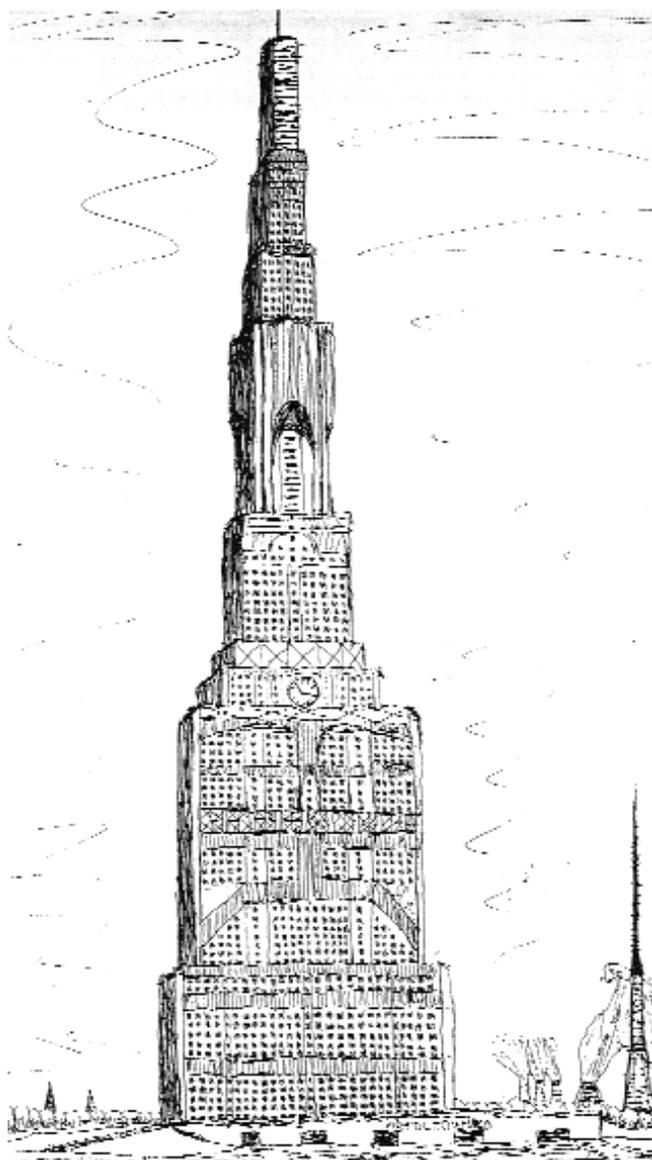
СЕМАГО Н.Я.

Нарушения адаптации, проявляющиеся в виде **двигательной расторможенности**, по мнению специалистов, имеют самые разные причины: органические, психические, социальные. Однако большинство авторов, занимающихся проблемами так называемого синдрома дефицита внимания и гиперактивности, расценивают его преимущественно как результат тех или иных проблем органического, неврологического характера. Двигательная расторможенность как нарушенное поведение имеет много схожего с другими видами отклоняющегося развития, но на настоящий момент существуют критерии для выделения группы нарушений, в которых гиперактивность представляет главную проблему.

Данные о распространенности подобных поведенческих расстройств широко варьируют (от 2% до 20% в детской популяции). Хорошо известно, что у девочек подобные проблемы встречаются в 4-5 раз реже, чем у мальчиков.

Хотя гипотеза тождественности гиперкинетического синдрома и минимальной мозговой дисфункции часто подвергается критике, причинами заболевания (или состояния) обычно считаются осложнения в течение всего перинатального периода, заболевания нервной системы на протяжении первого года жизни, а также травмы и заболевания, имевшие место в течение первых трех лет жизни ребенка. В дальнейшем у большинства детей с подобными проблемами поведения диагностируется «легкая дисфункция мозга» или «минимальная дисфунк-

ция мозга» (З.Тржесоглава, 1986; Т.Н. Осипенко, 1996; А.О. Дробинская 1999; Н.Н. Заваденко, 2000; Б.Р. Яременко, А.Б. Яременко,



2002; И.П. Брызгунов, Е.В. Касатикова, 2003).

Впервые развернутые клинические описания функциональной мозговой недостаточности появились в литературе в 30—40-е годы прошлого столетия. Было сформулировано понятие «минимальное мозговое повреждение», которым стали обозначать «непрогрессирующие резидуальные состояния, возникающие в результате ранних локальных поражений центральной нервной системы при патологии беременности и родов (пре- и перинатальной), а также черепно-мозговых травм или нейроинфекций. Позднее распространение получил термин «минимальная мозговая дисфункция», который стали использовать «... применительно к группе различных по своим причинам и механизмам развития (этиологии и патогенезу) состояний, сопровождающихся расстройствами поведения и трудностями обучения, не связанными с выраженными нарушениями интеллектуального развития» (Н.Н. Заваденко, 2000). Дальнейшее всестороннее изучение минимальных мозговых дисфункций показало, что их сложно рассматривать в качестве единой клинической формы. В связи с этим для последнего пересмотра международной классификации болезней МКБ-10 были разработаны диагностические критерии для ряда состояний, ранее относимых к минимальным мозговым дисфункциям. Применительно к проблемам двигательной расторможенности это рубрики F90-F98: «Поведенческие и эмоциональные расстройства детского и подросткового возраста»; рубрика F90: «Гиперкинетические расстройства» (Ю.В. Попов, В.Д. Вид, 1997).

Положительное воздействие психостимуляторов при медикаментозном лечении детей с подобными нарушениями объясняется гипотезой, что дети с гиперкинетическим синдромом, с точки зрения активации мозга, «недовозбуждены», и поэтому сами возбуждают и стимулируют себя своей гиперактивностью, чтобы компенсировать данный сенсорный недостаток. Лоу и др. (Lou et al., 1984) обнаружили недостаточную активность обменных процессов в передних отделах мозга у детей с признаками расторможенности.

Большинством авторов описывается возрастная динамика поведенческих проблем при минимальных дисфункциях мозга. Так, максимальная выраженность проявле-

ний совпадает с критическими периодами развития у детей.

Помимо этого, период от 4-х до 10-летнего возраста считается периодом так называемого психомоторного реагирования (В.В. Ковалев, 1995). Именно в этом возрастном периоде устанавливаются более зрелые субординационные отношения между иерархически соподчиненными структурами двигательного анализатора. А нарушения этих, «... пока еще неустойчивых субординационных отношений, являются важным механизмом возникновения расстройств психомоторного уровня реагирования» (цит. по В.В. Ковалев, 1995).

Таким образом, если в дошкольном возрасте среди детей с признаками минимальных дисфункций мозга преобладают гиперактивность, двигательная расторможенность, моторная неловкость, рассеянность, повышенная утомляемость, инфантилизм, импульсивность, то у школьников на первый план выступают трудности организации своего поведения и трудности академического плана.

Однако, как показывают наши исследования и опыт консультирования, дети с подобными проблемами поведения имеют в то же время и разнообразные эмоционально-аффективные характеристики. Более того, у детей с поведенческими проблемами по типу двигательной расторможенности, как правило, относимых большинством авторов к единому «синдрому гиперактивности», часто обнаруживаются принципиально различные, противоположные «по знаку» особенности развития аффективной сферы в целом.

Специфика нашего исследования состоит в том, что проблемы двигательной расторможенности рассматривались не только с точки зрения особенностей и различий неврологического статуса, но и **статуса аффективного**. А анализ поведенческих проблем и особенностей ребенка опирался на выявление не только причин, но и психологических механизмов, лежащих в их основе.

По нашему мнению, анализ аффективного статуса детей с поведенческими проблемами по типу двигательной расторможенности может быть проведен с точки зрения модели базовой аффективной регуляции, предложенной в школе К.С. Лебединской - О.С. Никольской (1990, 2000). В соответствии с этой моделью механизмы форми-

рования аффективно-эмоциональной сферы ребенка могут быть оценены по степени сформированности четырех уровней системы базовой аффективной регуляции (уровней БАР), каждый из которых может находиться в состоянии повышения чувствительности или повышения выносливости (гипо- или гиперфункционирования).

Рабочая гипотеза заключалась в том, что сама двигательная расторможенность, столь одинаковая в своем проявлении у большинства детей, может иметь различную «природу». Причем последняя обуславливается не только проблемами неврологического статуса, но и особенностями тонического обеспечения жизнедеятельности ребенка – уровнем психической активности ребенка и параметрами его работоспособности, то есть, в первую очередь, зависит от специфики функционирования уровней базовой аффективной регуляции.

Материалы и методы исследования

В качестве анализируемой группы были взяты 119 детей 4,5-7,5 лет, родители которых обратились с жалобами на *двигательную и речевую расторможенность, неуправляемость* детей, существенно затрудняющую их адаптацию в дошкольных и школьных образовательных учреждениях. Часто дети приходили с уже имеющимися диагнозами, такими как синдром дефицита внимания и гиперактивности, синдром повышенной нервной возбудимости, минимальная мозговая дисфункция.

Следует отметить, что дети, у которых симптомы двигательной расторможенности входили в какой-либо более «общий» психологический синдром (тотальное недоразвитие, искаженное развитие, в том числе синдром Аспергера и т.п.) не вошли в анализируемую группу.

В соответствии с задачами исследования был разработан диагностический блок методов, который включал в себя:

1. Подробный и специфически ориентированный сбор психологического анамнеза, где оценивались:

- особенности раннего психомоторного развития;

- особенности раннего эмоционального развития, в том числе и характера взаимодействия в диаде «мать-дитя» (анализировались основные тревоги и беспокойства матери, касающиеся ее взаимодействия с ре-

бенком на первом году жизни);

- наличие косвенных признаков неврологического неблагополучия.

2. Анализ особенностей операциональных характеристик деятельности ребенка.

3. Оценку уровня психического тонуса (для этих целей совместно с канд. мед. наук О.Ю.Чирковой был разработан и апробировался специальный тематический опросник для родителей).

4. Исследование особенностей сформированности различных уровней произвольной регуляции деятельности:

- простых движений;
- двигательных программ;
- произвольного владения психическими функциями;
- удержания алгоритма деятельности;
- произвольной регуляции эмоциональной экспрессии.

5. Исследование особенностей развития различных сторон когнитивной сферы.

6. Анализ эмоционально-аффективных характеристик ребенка.

Следует подчеркнуть, что особое внимание уделялось оценке общего уровня психической активности и психического тонуса ребенка.

7. Помимо этого обязательно оценивался вид помощи, необходимый ребенку при работе с теми или иными заданиями. Использовались следующие виды помощи:

- стимулирующая;
- помощь, «тонизирующая» ребенка и его деятельность;
- организующая помощь, (то есть построение алгоритма деятельности «вместо» ребенка, осуществление программирования этой деятельности и контроля за ней со стороны взрослого).

Показатели уровня общей психической активности ребенка, темпа деятельности, других параметров работоспособности соотносились с оценкой *эмоционально-аффективных* особенностей ребенка. Для этого проводилась интегральная оценка профиля БАР в целом, а также оценивались состояния отдельных уровней базовой аффективной регуляции по О.С. Никольской. В данном случае оценивалось, какой из уровней БАР (1-4) находится в состоянии повышения чувствительности или повышения выносливости (гипо- или гиперфункционирования).

Результаты исследования и их об- суждение

В ходе проведенного исследования были выявлены существенные различия между проявлениями исследуемых особенностей развития. Эти результаты позволили разделить 119 обследованных детей на три группы:

- 70 детей были отнесены нами к первой группе (20 - девочек, 50 - мальчиков);
- вторая группа состояла из 36 детей (соответственно, 15 девочек и 21 мальчик);
- 13 детей составили третью группу.

Специфичным для детей, относимых нами к **первой группе**, было наличие в анамнезе косвенных или явных (объективизированных в медицинских документах) признаков неврологического неблагополучия, как правило, выраженных в достаточной степени. На ранних этапах это, в первую очередь, проявлялось в изменениях мышечного тонуса: значительно чаще отмечались мышечный гипертонус или мышечная дистония - неравномерность мышечного тонуса. Достаточно часто уже на ранних этапах развития ребенку ставился диагноз перинатальная энцефалопатия (ПЭП). Косвенные признаки неврологического неблагополучия проявлялись в этот период фонтанными срыгиваниями, нарушениями сна (иногда инверсией режима сон-бодрствование), пронзительными, «истощными» криками. Повышенный мышечный тонус нижних конечностей - порой даже невозможность расслабить мышцы ног - приводил к тому, что, рано встав на ножки, ребенок стоял «до упаду». Иногда ребенок начинал ходить рано, а сама ходьба скорее напоминала неудержимый бег. Дети, как правило, плохо принимали любой «твердый» прикорм (порой до 3-3,5 лет они с трудом принимали твердую пищу).

В рассказах матерей о своих тревогах (в 62-х из 70-ти случаев) чаще всего звучало воспоминание о том, что ребенка было очень трудно успокоить, он много кричал, все время находился на руках, требовал укачивания, постоянного присутствия матери.

Специфичным для данного варианта развития было наличие значительного количества признаков неврологического неблагополучия в анамнезе, изменение (как правило, ускорение и реже - нарушение последовательности) раннего моторного развития. Все это по совокупности признаков можно квалифицировать как минимальные дис-

функции мозга, следствием которых стала недостаточная сформированность произвольного (регуляторного) компонента деятельности в целом (Н.Я. Семаго, М.М. Семаго, 2000).

Таким образом, наблюдаемая у детей первой группы двигательная расторможенность по сути своей может считаться «первичной» и лишь усиливается в своих проявлениях при утомлении ребенка.

Дети **второй группы** демонстрировали дефицитарность регуляции собственной деятельности уже на самых элементарных уровнях - уровне выполнения простых двигательных проб по образцу (вплоть до возраста 5,5 лет) и уровня выполнения по образцу простых двигательных программ (для более старших детей). Совершенно очевидно, что иерархически более высокие и позднее формирующиеся уровни регуляции поведения в целом оказывались у детей этой группы выражено дефицитарными.

Для детей, относимых нами ко второй группе (36 случаев), были специфичны следующие особенности развития.



В картине раннего развития детей не обнаруживались признаки выраженного неврологического неблагополучия, а с точки зрения сроков и темпа раннее психомоторное и эмоциональное развитие в основном соответствовало средненормативным показателям. Однако несколько чаще, чем в среднем по популяции, встречалось изменение не сроков, а самой последовательности моторного развития. Врачами выявлялись проблемы, связанные с негрубыми нарушениями вегетативной регуляции, негрубые нарушения питания, сна. Дети этой группы чаще болели, в том числе, чаще, чем в среднем по популяции, на первом году жизни, встречались дисбактериозы, варианты аллергических проявлений.

Мамы большинства этих детей (27 из 36-ти) вспоминали свои тревоги по поводу отношений с детьми на первом году жизни как неуверенность в своих действиях. Часто не знали, как успокоить ребенка, как его правильно кормить или пеленать. Некоторые мамы вспоминали, что часто кормили ребенка не на руках, а в кроватке, просто поддерживая бутылочку. Матери боялись избаловать детей и не приучали их «к рукам». В некоторых случаях подобное поведение диктовалось прародителями, реже - отцом ребенка («Нельзя баловать, приучать к укачиванию, к рукам»).

При обследовании детей этой группы, в первую очередь, обращал на себя внимание сниженный фон настроения и, чаще всего, низкие показатели общей психической активности. Дети часто нуждались в подбадривании и своеобразной «тонизации» со стороны взрослого. Именно такой вид помощи оказывался наиболее действенным для ребенка.

Сформированность регуляторной сферы этих детей (в соответствии с возрастом) оказалась достаточной. Эти дети до наступления утомления (это имеет принципиальное значение) вполне справлялись со специальными пробами на уровень регуляторной зрелости, удерживали алгоритм деятельности. А вот возможность регуляции эмоциональной экспрессии оказывалась чаще всего недостаточной. (Хотя следует отметить, что в возрасте до 7-8-лет здоровые дети могут демонстрировать трудности регуляции эмоций даже в экспертных ситуациях).

Таким образом, в целом, можно говорить о достаточном уровне произволь-

ной регуляции детей, относимых ко второй группе. В то же время уровень произвольной регуляции эмоционального состояния зачастую оказывался сформирован недостаточно, что показывает отчетливую взаимосвязь между формированием регуляции эмоций и эмоциональной экспрессии и спецификой формирования собственно аффективной регуляции поведения.

Что касается особенностей формирования уровневой аффективной регуляции, то по результатам интегральной оценки поведения ребенка и ответов родителей обычно наблюдалось искажение пропорций системы, как правило, за счет гиперфункции 3-го уровня аффективной регуляции, а в грубых случаях - 2-го и 4-го уровней.

С позиций анализа аффективного статуса часто приходилось говорить о недостаточной аффективной тонизации, уже начиная со 2-го уровня аффективной регуляции (то есть его гипофункции) и, как следствие, об изменении пропорций в тонизации 3-го и 4-го уровней.

В этом случае, особенно при наступлении утомления, необходимая для решения поведенческих задач аффективная тонизация может компенсаторно проявляться в нарастании защитных механизмов 2-го уровня аффективной регуляции.

Такого рода «тонизация» специфична для гипофункции второго уровня аффективной регуляции (уровня аффективных стереотипов), а появляющееся в ситуациях утомления «неоправданное бесстрашие» и игра «с риском» характеризуют особенности уже третьего уровня аффективной регуляции - уровня аффективной экспансии.

Может быть, именно в силу того, что у детей с ранним детским аутизмом (3-я группа РДА по О.С. Никольской) происходит «поломка» всей системы аффективной регуляции или грубое искажение взаимодействия именно этого уровня, таким детям достаточно часто, особенно в раннем и дошкольном возрасте, ошибочно выставляется диагноз СДВГ.

Возникновение у детей стереотипных двигательных реакций, проявляющих себя как двигательная расторможенность, имеет в данном случае принципиально иные психические механизмы.

Таким образом, для детей второй группы различные проявления двигательной и речевой расторможенности свидетель-

ствуют не о гиперактивности, а о снижении психического тонуса на фоне утомления и компенсаторной потребности в активизации и «тонизации различных уровней аффективной регуляции» посредством двигательной активности - прыжков, бестолковой беготни, даже элементов стереотипных движений.

То есть для этой категории детей двигательная расторможенность является компенсаторной реакцией на психическое истощение; наступающее у детей этой группы двигательное возбуждение можно считать компенсаторным или реактивным.

В дальнейшем подобные проблемы поведения приводят к девиации развития в сторону дисгармонии экстрапунитивного типа (в соответствии с нашей типологией (2005) код диагноза: A11-х).

Анализ состояния детей первой и второй групп позволяет сделать вывод о существенных различиях между ними по параметрам:

- специфики раннего психомоторного развития;
- субъективных трудностей матерей и стилия их взаимодействия с ребенком;
- уровня психического тонуса и психической активности;
- уровня зрелости регуляторных функций;
- особенностей развития познавательной сферы (у большинства детей по подгруппам);
- вида необходимой помощи (организуемой для детей первой и стимулирующей для детей второй группы).

По характеристикам темпа деятельности выявлялись следующие закономерности:

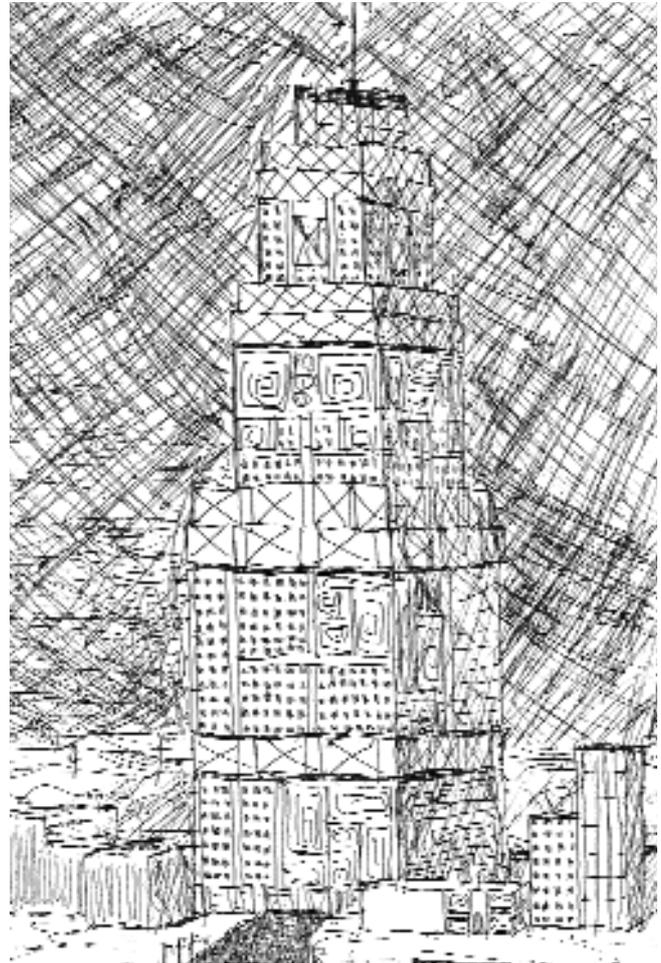
- у детей первой группы, как правило, темп деятельности был неравномерен или убыстрен за счет импульсивности;
- у детей второй группы темп деятельности до наступления утомления мог быть и не замедлен, но после наступления утомления чаще всего становился неравномерным, замедлялся или реже - убыстрялся, что негативно сказывалось на результатах деятельности и критичности ребенка;

- не выявились значимые различия между детьми по параметру работоспособности - последняя чаще всего была недостаточной у детей обеих групп.

При этом был выявлен специфичный для каждой группы детей *профиль базовой аффективной регуляции*:

- повышения выносливости отдельных уровней (гиперфункция) для детей первой группы;

- повышения их чувствительности (гипофункция) для детей второй группы.



Подобные различия в аффективном статусе детей первой и второй групп рассматриваются нами как **ведущие механизмы** выявляемых особенностей поведения в обоих случаях.

Такое понимание принципиально различных механизмов поведенческой дезадаптации позволяет разработать для двух обсуждаемых вариантов поведенческих проблем специфичные, принципиально различные по своей сути подходы и методы психологической коррекции.

Дети, отнесенные нами **к третьей группе** (13 человек), демонстрировали как признаки неврологического неблагополучия и достаточно выраженной регуляторной незрелости, так и невысокий уровень психического тонуса, неравномерность темповых характеристик деятельности, проблемы недостаточной сформированности познавательной сферы. По всей видимости, симптомы двигательной расторможенности у этих де-

тей являлись лишь одним из проявлений несформированности как регуляторного, так и когнитивного звена психических функций – в нашей типологии отклоняющегося развития (М.М. Семаго, Н.Я. Семаго, 2005) подобное состояние определяется как «Парциальная несформированность смешанного типа», (код диагноза: **НЗЗ-х**). У части этих детей (6 человек) показатели уровня психического тонуса были непостоянными (что может свидетельствовать и о возможных нейродинамических особенностях этих детей), а интегральная оценка уровня психического тонуса была затруднена.

Далее, опираясь на понимание психологических механизмов, лежащих в основе подобных типов отклоняющегося развития, на основе представления об общих и специфических закономерностях развития мы обосновали необходимость адекватного направления коррекционной работы с детьми исследуемых категорий с учетом понимания механизмов нарушения адаптации.

Коррекционная работа

Технологии коррекционно-развивающей работы для детей с проблемами формирования произвольного компонента деятельности описана в наших предыдущих статьях, где изложены принципы и последовательность работы по формированию произвольного компонента деятельности (Н.Я. Семаго, М.М. Семаго 2000, 2005).

Технологии коррекционно-развивающей работы для детей со сниженным уровнем психического тонуса представляются впервые.

Поскольку подобные поведенческие проблемы, с нашей точки зрения, обусловлены сниженным уровнем психического тонуса и психической активности в целом (повышенная чувствительность 1-го и 2-го уровней базовой аффективной регуляции), признаки расторможенности в данном случае выступают в качестве компенсаторных механизмов, «тонизирующих», повышающих общий уровень психического тонуса ребенка. Их можно рассматривать как нарастание защитных механизмов 2-го уровня аффективной регуляции. Следовательно, коррекционные технологии в этом случае должны ориентироваться, в первую очередь, на гармонизацию системы аффективной регуляции. Говоря о методологических основах построения коррекционных программ, необходимо в целом

опираться на теорию К.С. Лебединской - О.С. Никольской (1990, 2000) о строении и механизмах базовой аффективной регуляции (тонизации) в норме и патологии (4-уровневая модель строения аффективной сферы).

В основе предлагаемых коррекционно-развивающих подходов лежат два главных принципа: принцип тонизации и «ритмизации» окружающей ребенка средой (в том числе и через дистантные сенсорные системы: зрение, слух) и собственно методы, направленные на повышение уровня психической тонизации, например, метод телесно-ориентированной терапии и близкие к ней техники, адаптированные к работе с детьми.

В зависимости от степени недостаточности психического тонуса и возраста ребенка (чем младше ребенок, тем большее значение придается более естественным для ребенка контактными, телесным методам), разрабатывался объем необходимой ритмической организации среды и собственно тактильных ритмических воздействий, повышающих тонус ребенка за счет непосредственного контакта с ним - телесного и тактильного, приводящих, в свою очередь, к повышению общего психического тонуса.

К дистантным методам ритмической организации среды нами были отнесены:

1. Установление четкого повторяющегося с аффективным закреплением (удовольствием) режима (ритма) жизни ребенка. Сам ритм и события дня должны переживаться ребенком совместно с матерью, доставляя удовольствие обоим.

2. Подбор адекватных ритмично организованных музыкальных и стихотворных произведений, которые предъявляются ребенку в ситуации до наступления явного утомления, предотвращая тем самым в определенной степени компенсаторно возникающие хаотические движения (имеющие своей целью аутотонизацию ребенка, но деструктивные по своим поведенческим проявлениям). Эти же задачи часто решались в семье с помощью рисования ребенком под ту или иную мелодию. В данном случае к механизмам тонизации, специфичным для второго уровня, подключались полимодальные методы тонизации (ритм движения, изменения цветовой гаммы, музыкальное сопровождение). В деятельности специалистов образовательных учреждений (ППМС цен-

тров) подобная работа может проводиться в рамках арт-терапии.

3. Собственно система тактильной тонизации, сопровождаемая специфическими интонационно оформленными «речевками» (по типу фольклорных припевок).

4. Проигрывание простых фольклорных игр и игр с мячом, имеющих стереотипный, повторяющийся характер.

К методам дистантной тонизации можно отнести и методы психической тонизации механизмами первого уровня аффективной тонизации: создание сенсорного комфорта и поиск оптимальной интенсивности тех или иных воздействий, что хорошо укладывалось в такой вид психотерапии как «ландшафтотерапия», специфическая организация среды «проживания»: уюта, безопасности, сенсорного комфорта. Подобного рода «дистантная» тонизация может осуществляться как специалистом при работе с детьми, так и дома в семье при реализации системы филиальной терапии.

Если подобных способов для организации правильного поведения ребенка и повышения его психического тонуса оказывается недостаточно, непосредственно для задач нормализации поведения применяются специальные приемы тактильной тонизации. Этим приемам, в первую очередь, обучается мать ребенка (лицо ее заменяющее). Была разработана соответствующая технология обучения матери (филиальная терапия) и соответствующая последовательность самих тонизационных приемов работы. Эта коррекционная программа получила название «Повышение психического тонуса (программа ППТ)».

Система работы по повышению уровня психического тонуса ребенка должна была проводиться матерью ежедневно, в течение 5-10 минут по определенной схеме и в определенной последовательности. Схема работы включала обязательный учет основных законов развития (в первую очередь цефалокаудального, проксимо-дистального законов, закона основной оси), следование принципу достаточности воздействия.

Сами приемы тонизации представляли собой варианты поглаживаний, похлопываний, постукиваний различной частоты и силы (безусловно, приятные ребенку), совершаемые вначале от макушки головы к плечам, затем от плеч по рукам и от груди к кончикам ног. Все эти «касания» матери в

обязательном порядке сопровождались соответствующими ритму прикосновений приговорами и «заговорами». Для решения этих задач матери были ознакомлены с достаточным объемом фольклорных материалов (песенок, приговоров, распевок и т.п.). Следует заметить, что эффект подобного типа «разговорного» общения с детьми (в определенном ритме и интонационном оформлении) отмечают и психологи, и другие специалисты, работающие с детьми с ранним детским аутизмом группы О.С. Никольской.

Наши наблюдения показали, что для детей более старшего возраста (7-8 лет) собственно тактильные воздействия не адекватны ни возрасту, ни закономерностям диадных отношений мать-ребенок. В этом случае достаточно эффективной технологией работы, помимо ритмично организованной и предсказуемой жизни ребенка, позволяющей повысить его психический тонус, является его включение в так называемую *фольклорную группу*.

Включение в работу с ребенком именно матери имело также и собственно тактическую задачу. Как показали предварительные исследования (Семаго Н.Я., 2004), именно матери детей с недостаточностью психического тонуса оказывались несостоятельными в своей родительской позиции на первом году жизни ребенка. Отсюда одним из наших предположений было то, что низкий уровень психического тонуса ребенка может быть следствием в том числе недостаточного тактильного, телесного, ритмического собственно материнского поведения. В связи с этим именно подобное полноценное материнское поведение в раннем возрасте ребенка является одним из основных факторов формирования гармоничной системы аффективной регуляции у детей.

Еще одним направлением нашей работы по гармонизации аффективной сферы и повышению уровня психического тонуса ребенка является специально подобранный спектр игр (имеющих большой объем двигательного компонента), с помощью которых ребенок также мог получать аффективное насыщение и, тем самым, увеличить свой тонический психический ресурс. К ним были отнесены игры, имеющие повторяющийся стереотипный характер (от младенческих игр типа «Ехали-ехали, в ямку бух», «Ладушки» и т.п. до ряда ритуальных фольклорных игр и стереотипных игр с мячом, имеющих высо-

кую аффективную заряженность для ребенка).

На настоящий момент продолжается наблюдение за рядом детей, включенных в подобную коррекционную работу. Продолжается работа по анализу критериев эффективности коррекционной работы. Из позитивных изменений, полученных в результате проведения данной комплексной программы с различными по возрасту детьми, можно выделить следующие:

- в большинстве случаев отмечается значительное уменьшение количества жалоб на двигательную расторможенность детей как со стороны родителей, так и со стороны специалистов образовательных учреждений, в которых они находятся;

- увеличиваются периоды активной работоспособности ребенка, общая продуктивность его деятельности;

- значительно улучшаются взаимоотношения в диаде мать-ребенок, взаимопонимание между матерью и ребенком;

- в результате привлечения матерей к работе с собственным ребенком у большинства из них появилось умение «считывать» и более чутко оценивать эмоциональное и физическое самочувствие ребенка.

Подчеркивая, что занятия по «тонизации» психической сферы ребенка в данном случае сочетались с элементами психотерапевтической работы, следует отметить, что вне такого контекста не может быть эффективной ни одна коррекционная программа. Но в данном случае работа по повышению психического тонуса ребенка являлась основным «системообразующим» элементом коррекционной работы.

Использованная литература

1. Дробинская А.О. Школьные трудности «нестандартных» детей. – М.: Школа-Пресс, 1999. – (Лечебная педагогика и психология. Прил. к ж. «Дефектология». Вып. 1).
2. Заваденко Н.Н. Как понять ребенка с гиперактивностью и дефицитом внимания. – М.: Школа-Пресс, 2000. (Лечебная педагогика и психология. Прил. к ж. «Дефектология». Вып. 5).
3. Заваденко Н.Н., Петрухин А.С., Соловьев, О.И. Минимальные мозговые дисфункции у детей. Церебролизин в лечении минимальных мозговых дисфункций. – М.: ЭБЕВЕ, 1997.
4. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – М.: Медицина, 1995.
5. Мачинская Р.И., Крупская Е.В. ЭЭГ-анализ функционального состояния глубоких регуляторных структур мозга у гиперактивных детей 7-8 лет // Физиология человека. - 2001. - Т. 27 - № 3.
6. Осипенко Т.Н. Психоневрологическое развитие дошкольников. – М.: Медицина, 1996.
7. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. – М.: Экспертное бюро-М, 1997.
8. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога. – М.: АРКТИ, 2000. (Биб-ка психолога-практика).
9. Семаго Н.Я. Новые подходы к психологической оценке детей с двигательной расторможенностью // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2004. - № 4.
10. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Организация и содержание деятельности психолога специального образования. – М. АРКТИ, 2005. (Библиотека психолога-практика).
11. Тжесоглава З. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте. – М.: Медицина, 1986.
12. Фарбер Д.А., Дубровинская Н.В. Функциональная организация развивающегося мозга // ж. Физиология человека. – 1991. - Т 17. - № 5.
13. Школьная дезадаптация: эмоциональные и стрессовые расстройства // Сб. докл. Всеросс. научн.-практ. конф. - М., 1995.
14. Яременко Б.Р., Яременко А.Б., Горяинова Т.Б. Минимальные дисфункции головного мозга у детей. – СПб.: Салит-Медкнига, 2002.
15. Lou, H.C., Henriksen, L., Bruhn, P. (1984): Focal cerebral hypoperfusion in children with dysphasia and/or attention deficit disorder. Arch. Neurol. 41.

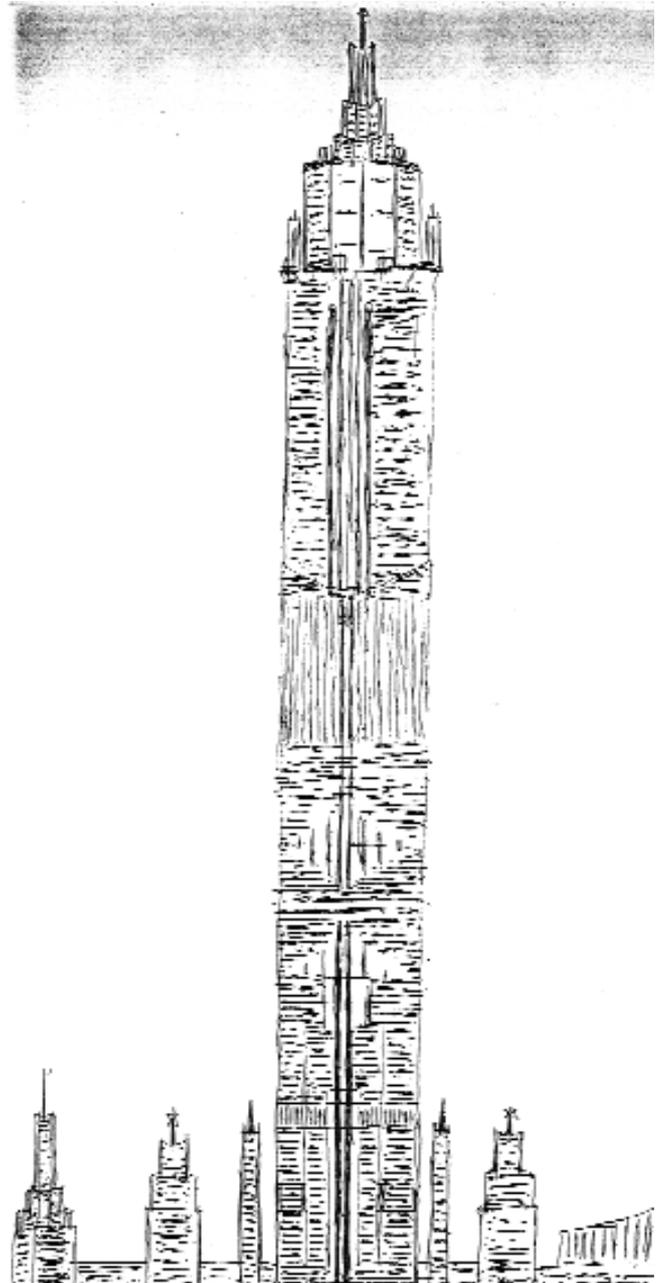
Вариативность синдрома гиперактивности

ПУЧИННА О.В.

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) является одной из наиболее частых причин обращения за психологической помощью в детском возрасте. В связи с широкой распространенностью он стал предметом изучения и медиков, и психологов, и педагогов. Описанию расторможенных, импульсивных, неугомонных, невнимательных, непослушных детей, испытывающих значительные трудности в адаптации и обучении, посвящены работы как отечественных, так и зарубежных неврологов, психологов и психиатров: Н.Н. Заваденко, Ю.С. Шевченко, В.Р. Кучмы, И.П. Брызгунова, Е.А. Осиповой, Н.В. Панкратовой, Т.В. Ахутиной, Н.М. Пылаевой, Е.К. Лютовой, Г.Б. Мониной, R.Barkley, S.Clements, Э.Тржесоглавы и др. Несмотря на значительное количество работ в этой области, исследователи до сих пор не пришли к единому мнению относительно этиологии синдрома, его распространенности, а также диагностических критериев данного заболевания. Аналогичным образом на данный момент нет единого мнения относительно сочетаемости синдрома с запаздыванием процессов созревания высших психических функций, которые приводят к специфическим трудностям обучения, в первую очередь, в виде трудностей программирования и контроля деятельности. При СДВГ высокий уровень интеллекта может сочетаться с низкой психоэмоциональной устойчивостью, частыми колебаниями настроения, упрямством, вспыльчивостью, агрессивностью, длительно сохраняющейся инфантильностью, незрелым поведением, проблемами в общении, неуверенностью в себе, неустойчивой самооценкой. Однако до сих пор остается невыясненным вопрос, почему у одних детей с СДВГ больше выражены эмоционально-мотивационные нарушения, у других – когнитивные. Существуют также

разногласия относительно возможностей компенсации, устойчивости проявления симптомов и сочетания СДВГ с другими клиническими расстройствами.

Наиболее типичными проявлениями СДВГ считаются расстройства внимания (отвлекаемость, трудность сосредоточения,



неспособность удерживать внимание на том, что необходимо усвоить в течение определенного отрезка времени), гиперактивность (чрезмерная активность или двигательная расторможенность в сочетании со слабым контролем побуждений), импульсивность поведения (необдуманные действия, недостаточная организованность, непоседливость, суетливость). Расстройство, как правило, возникает рано и проявляется в течение первых 7 лет (Халецкая, Трошин, 1998; Заваденко, 2003 и др.).

Изучение литературы свидетельствует о том, что в большинстве случаев у детей с СДВГ наблюдаются расстройства функционирования центральной нервной системы (ЦНС). Нередко синдром гиперактивности включает в себя церебрастенические, неврозоподобные, интеллектуально-мнестические нарушения, иногда - психопатоподобные проявления. В работах разных исследователей СДВГ часто ассоциирован с диагнозами минимальные мозговые дисфункции и резидуальная энцефалопатия (Сиротюк, 2002; Заваденко, 2001; Шевченко, 1997; Халецкая, Трошин, 1998 и др.).

Судя по литературе, несмотря на мягкость неврологической симптоматики, довольно большой процент этих детей испытывает трудности усвоения школьных знаний и навыков. Неблагополучное созревание мозга и нервной системы становится препятствием для своевременного и полноценного формирования психической деятельности. А психические и физические возможности этих детей оказываются недостаточными, чтобы соответствовать требованиям, которые предъявляет к ним социальная среда, – семья, детский сад, школа (Корсакова, Микадзе, Балашова, 1997; Пылаева, Ахутина, 1997; Осипова, Панкратова, 1997 и др.).

Длительное пребывание гиперактивного ребенка в режиме психического перенапряжения при систематическом обучении приводит к таким вторичным симптомам как повышение частоты соматических заболеваний, нарушение эмоционально-волевой регуляции, снижение познавательных интересов, падение мотивации.

Многообразии симптоматики и сопутствующих клинических проявлений у детей с СДВГ ведет к необходимости разграничить различные варианты этого синдрома. Чаще всего эта задача решается лишь путем разграничений по степени интенсивности пове-

денческих проявлений с учетом требований различных медицинских классификаторов (DSM, МКБ).

Что касается вариативности синдрома с учетом нейропсихологического статуса, то этот вопрос остается наименее изученным. Между тем результаты различных исследований однозначно указывают на существенную неоднородность группы детей с СДВГ как на клиническом, так и на нейропсихологическом уровне (4, 12, 53 и др.). Современное состояние проблемы требует не только разграничения синдрома с другими состояниями и расстройствами, но и изучение вариативности СДВГ, и выявления различных подтипов с учетом специфики нейропсихологического онтогенеза данной патологии развития.

История изучения синдрома гиперактивности составляет около 150 лет. Первое описание в медицинской литературе ребенка с двигательной расторможенностью и дефицитом внимания дано в 1845 г. немецким психоневрологом Генри Хоффманом. С тех пор многие ученые занимались проблемой невротических отклонений поведения и трудностей обучения, однако проблема терминологии (и как следствие – дифференциальной диагностики) сохраняется до настоящего времени.

Развернутые клинические описания мозговых дисфункций, при которых наблюдалась задержка в темпах развития функциональных систем мозга, страдание и возрастная незрелость высших психических функций (ВПФ), а также значительные трудности в школьном обучении и социальной адаптации появились в 30-40-е гг. XX века. В этот период было сформулировано понятие «минимальное мозговое повреждение», под которым понималось непрогрессирующее резидуальное состояние, сложившееся вследствие ранних локальных поражений ЦНС при патологии беременности и родов, черепно-мозговых травмах, нейроинфекциях. Считалось, что особенностью клинической картины являются отставание в развитии отдельных ВПФ (но не интеллекта в целом), различные поведенческие и эмоциональные нарушения, неустойчивость внимания, расстройства восприятия и трудности обучения. При этом подчеркивалась необходимость учитывать локализацию мозгового поражения, а также стадию развития мозга ребенка в мо-

мент его повреждения (см. 13, с. 8, 9).

В 1959 г. впервые в литературе для описания поражений головного мозга, сопровождающихся нарушениями поведения и обучения, Э.Деноффом был предложен термин «минимальная мозговая дисфункция» (ММД).

В последующие годы педиатры попытались дать четкое клиническое обоснование так называемым гиперподвижным детям. В результате в медицине, а затем и в психологии на длительное время возникла терминологическая дискуссия, которая нашла отражение в понятиях «легкое повреждение мозга», «легкая дисфункция мозга», «гиперкинетический хронический мозговой синдром», «церебрастенический синдром», «астеноневротический синдром», «легкая детская энцефалопатия», «гиперактивность», «гиперкинетические импульсивные нарушения», «минимальная дисфункция мозга» и др.

В 1962 г. Оксфордская группа по международным исследованиям в детской неврологии на симпозиуме по проблемам мозговых дисфункций официально признала термин «легкая дисфункция мозга» (ЛДМ) для обозначения совокупности проблем поведения и обучения в сочетании с легкой неврологической симптоматикой и нормальным интеллектуальным развитием. Этот диагноз включал в себя до 100 клинических проявлений, в перечень которых наряду с гиперактивностью и недостаточной концентрацией внимания вошли дисграфия, дизартрия, дискалькулия, инфантильное поведение, неуклюжесть, агрессивность и прочие. В результате термин оказался весьма размытым: опросы показали, что разные педиатры под «легкой дисфункцией мозга» понимали все, что угодно, - от нарушений координации до начальной стадии олигофрении.

В 1966 г. S.D. Clements дал следующее определение этого заболевания у детей: «заболевание со средним или близким к среднему интеллектуальным уровнем, с нарушением поведения от легкой до выраженной степени в сочетании с минимальными отклонениями в центральной нервной системе, которые могут характеризоваться различными сочетаниями нарушений речи, памяти, контроля внимания, двигательных функций» (цит. по 5, с. 11).

В 1968 г. во второй редакции американской классификации психиатрических болезней (DSM-II) для обозначения расстройств,

связанных с мозговыми дисфункциями, был предложен термин «гиперкинетическая реакция детства».

В России изучение вопроса началось значительно позднее. На симпозиуме, посвященном роли психогенного фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней, в 1972 г. педиатр Ю.Ф. Домбровская выделила группу «трудновоспитуемых» детей, которые доставляют больше всего проблем родителям и педагогам. В 1978 г. Л.О. Бадалян, Л.Т. Журкова, Е.М. Мастюкова (Москва) ввели термин ММД для обозначения разных по этиологии и патогенезу клинических состояний, сопровождающихся нарушениями поведения и обучения, в сочетании с легкой неврологической симптоматикой и нормальным интеллектуальным уровнем. В 1985 г. Ю.А. Ратнер (Казань) подчеркнул «негрубость» неврологических нарушений и предложил выделить отдельные синдромы.

Первое лонгитюдное исследование детей с гиперактивностью и трудностями обучения было проведено в 70-80-е гг. группой чехословацких врачей, педагогов и психологов под руководством Зденки Тржеголавы. Наблюдение в течение 12 лет за 324-мя детьми с «легкой дисфункцией мозга» (ЛДМ) дошкольного и подросткового возраста (от 3 до 19 лет) позволили исследователям проанализировать факторы риска заболевания в раннем детстве, определить неврологические и поведенческие нарушения у этой группы.

По результатам исследований впервые было установлено, что с развитием ребенка симптомы постепенно меняются: в раннем детстве на первый план выступает незрелость психических функций, а с возрастом увеличивается доля нарушений познавательной деятельности и общения. Психоневрологические отклонения отмечались главным образом в виде повышенной тревожности, невротических привычек, которые усиливались вплоть до юношеского возраста. Был также сделан вывод о том, что гиперактивным (расторможенным) детям необходимо уделять особое внимание с самого начала обучения, используя специальные психолого-педагогические методы коррекции. Изучение этих детей в динамике показало, что их способности с возрастом развиваются и при надлежащей коррекции могут быть ском-

пенсированы, однако далеко не всегда достигают нормального уровня и полностью ребенком не используются. Повышенная утомляемость, беспокойство с возрастом уменьшались, однако головные боли и невротические проявления (тики, расстройства сна, навязчивые движения) сохранялись на прежнем уровне, а в отдельных случаях даже усиливались (49).

Исследования детей с гиперактивностью и дефицитом внимания, в том числе лонгитюдные, были проведены в 90-х годах российскими специалистами, в частности, в Нижнем Новгороде (53), в Шатуре, Москве, Владимире, Коврове, Кольчугине (5).

Изучение данного заболевания привело к тому, что специалисты наконец остановились на названии «синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)». Под этим названием данное отклонение было включено в американскую классификацию заболеваний (DSM-Ш-R, 1980 г.) и разграничено на два варианта: синдром дефицита внимания с гиперактивностью и синдром дефицита внимания без гиперактивности. В дальнейшем диагностические критерии синдрома были уточнены, и согласно принципам нового варианта руководства (DSM-IV, 1994 г.) принято выделять три основные формы синдрома:

- синдром дефицита внимания с гиперактивностью с преимущественными нарушениями внимания (СДВГ/В);
- сочетанная форма синдрома (СДВГ/ВГ);
- синдром дефицита внимания с гиперактивностью с преобладанием гиперактивности и импульсивности (СДВГ/Г).

В соответствии с критериями DSM-IV, в случае полного соответствия наблюдаемой клинической картины одновременно двум разделам критериев (см. таб. 1) ставится диагноз сочетанной формы СДВГ. Если отмечается полное соответствие симптомов критериям раздела 1 при частичном соответствии критериям раздела 2, то диагностируется СДВГ с преимущественными нарушениями внимания. Если же наблюдается полное соответствие симптомов критериям раздела 2 при частичном соответствии критериям раздела 1, диагноз формулируется как СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности. В связи с тем, что симптомы СДВГ могут видоизменяться с возрастом и сохраняться на протяжении многих лет или всей

жизни, в дополнение к основным формам синдрома в DSM-IV выделяется резидуальный (т.е. неполный) тип.

Таблица 1. Диагностические критерии СДВГ по классификации DSM-IV (1994)

А. Для постановки диагноза необходимо наличие следующих симптомов, приведенных в разделах I и II:

I. Шести или более из перечисленных симптомов невнимательности, которые сохраняются у ребенка на протяжении как минимум 6 месяцев и выражены настолько, что свидетельствуют о недостаточной адаптации и несоответствии нормальным возрастным характеристикам.

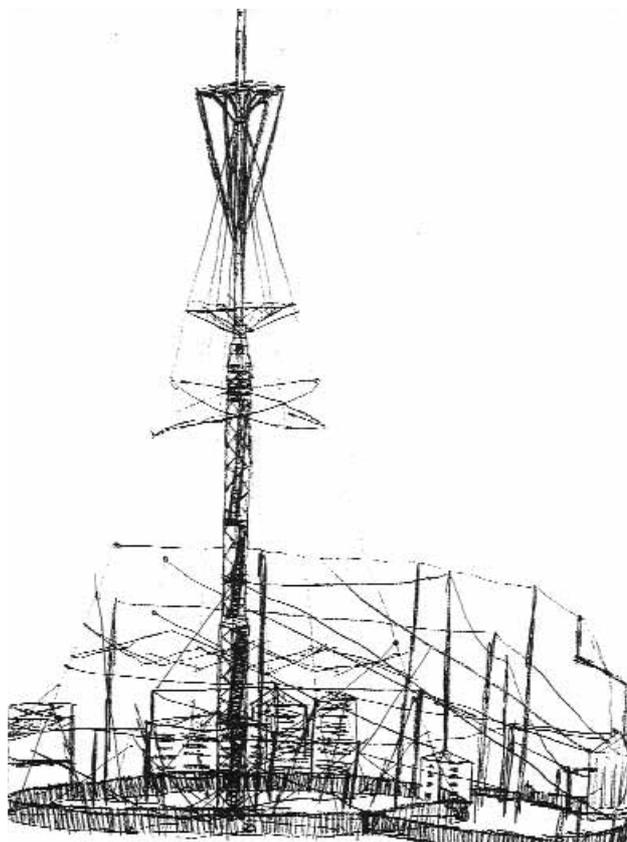
НЕВНИМАТЕЛЬНОСТЬ

1. Ребенок часто не способен удерживать внимание на деталях; из-за небрежности, легкомыслия допускает ошибки в школьных заданиях, в выполняемой работе и других видах деятельности.

2. Обычно с трудом сохраняет внимание при выполнении заданий или во время игр.

3. Часто складывается впечатление, что ребенок не слушает обращенную к нему речь.

4. Часто оказывается не в состоянии



придерживаться предлагаемых инструкций и справиться до конца с выполнением уроков, домашней работы или обязанностей на рабочем месте (что никак не связано с негативным или протестным поведением, неспособностью понять задание).

5. Часто испытывает сложности в организации самостоятельного выполнения заданий и других видов деятельности.

6. Обычно избегает вовлечения в выполнение заданий, которые требуют длительного сохранения умственного напряжения (например, школьных заданий, домашней работы).

7. Часто теряет вещи, необходимые в школе и дома (например, игрушки, школьные принадлежности, карандаши, книги, рабочие инструменты).

8. Легко отвлекается на посторонние стимулы.

9. Часто проявляет забывчивость в повседневных ситуациях.

II. Шести или более из перечисленных симптомов гиперактивности и импульсивности, которые сохраняются на протяжении по меньшей мере 6 месяцев и выражены настолько, что свидетельствуют о недостаточной адаптации и несоответствии нормальным возрастным характеристикам

ГИПЕРАКТИВНОСТЬ

1. Часто наблюдаются беспокойные движения в кистях и стопах; сидя на стуле, крутится, вертится.

2. Часто встает со своего места в классе во время уроков или в других ситуациях, когда нужно оставаться на месте.

3. Часто проявляет бесцельную двигательную активность: бегает, крутится, пытается куда-то залезть, причем в таких ситуациях, когда это неприемлемо.

4. Обычно не может тихо, спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге.

5. Часто находится в постоянном движении и ведет себя так, «как будто к нему «прикрепили мотор».

6. Часто бывает болтливым.

ИМПУЛЬСИВНОСТЬ

1. Часто отвечает на вопросы, не задумываясь, не выслушав их до конца.

2. Обычно с трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях.

3. Часто мешает другим, пристает к окружающим (например, вмешивается в беседы или игры).

B. Некоторые симптомы импульсивно-

сти, гиперактивности и невнимательности начинают вызывать беспокойство окружающих в возрасте ребенка до 7 лет.

C. Проблемы, обусловленные вышеперечисленными симптомами, возникают в двух и более видах окружающей обстановки (например, в школе и дома).

D. Имеются убедительные сведения о клинически значимых нарушениях в социальных контактах или школьном обучении.

В том же 1994 году в связи с пересмотром международной классификации болезней МКБ-10 Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) также были разработаны диагностические критерии для ряда состояний, ранее рассматривавшихся в рамках понятия «минимальные мозговые дисфункции». Синдром гиперактивности с дефицитом внимания представлен рубрикой F90 в разделе F9 «Поведенческие и эмоциональные расстройства детского и подросткового возраста». Расстройства развития речи, развития школьных навыков и развития двигательных функций были выделены в раздел F8 «Нарушения психологического развития» (см. таблицу 2).

Таблица 2. Перечень состояний, обусловленных минимальными мозговыми дисфункциями (по классификации МКБ-10 ВОЗ)

Раздел F8 НАРУШЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ	
F80	Расстройства развития речи
F81	Расстройства развития школьных навыков: дисграфия, дислексия, дискалькулия
F82	Расстройства развития двигательных функций: диспраксия
Раздел F9 ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА	
F90	Синдром дефицита внимания с гиперактивностью
F91	Нарушения поведения

Таким образом, в результате изучения минимальных мозговых дисфункций появилась тенденция к их разграничению на отдельные формы. Само же понятие минимальной мозговой дисфункции осталось предметом горячих дискуссий.

Часть специалистов полагают, что ис-

пользование данного термина приводит к «большой неврологической путанице» и в конечном итоге - к полному отказу многих врачей и психологов от концепции ММД. Данная группа, в частности, О.Сприн, Д.Таппер, А.Райссер, Х.Туокко, Д.Иджелл предлагает упразднить данный термин «как иллюзорный» (48).

По мнению других авторов, термин ММД имеет полное право на существование. Так Н.Н. Заваденко отмечает, что употребление данного понятия вполне оправдано и целесообразно в случаях трудностей школьного обучения и нарушения поведения у детей при выявлении в анамнезе факторов, которые могли вызвать негрубые органические изменения со стороны ЦНС и повлечь за собой нарушения в формировании высших психических функций (13). По мнению Заваденко, СДВГ следует расценивать как один из вариантов ММД.

Ряд исследователей также полагают, что употребление терминов ММД или ЛДМ вполне уместно, и считают синдром гиперактивности либо одним из проявлений мозговых дисфункций (21), либо синонимом ММД (53).

Таким образом, вопрос о целесообразности использования данного термина остается открытым.

Данные о распространенности СДВГ и особенностях возрастной динамики в разных странах отличаются широкой вариабельностью: от 1-3% в Великобритании и 1-13% в Китае до 3-18% в Германии и 4-20% в США (5, 9, 13, 46, 64 и др). В России до сих пор отсутствуют точные эпидемиологические данные о частоте встречаемости СДВГ. Сведения, приводимые разными исследователями, также находятся в достаточно широком диапазоне: так, по данным О.В. Халецкой и В.М.Трошина, распространенность синдрома доходит до 21% (53). На круглом столе «Гиперкинетический синдром как заболевание и как психолого-медико-социальная проблема», проведенном в Москве в апреле 2004 г., проф. Ю.С. Шевченко привел данные своих исследований, согласно которым диапазон колебаний находится в пределах 24%-40% (59); Г.В. Козловская на том же круглом столе привела другие цифры – 50-60% (22).

Н.Н. Заваденко приводит следующие сведения о частоте встречаемости СДВГ:

- среди детей дошкольного и школьного возраста доля СДВГ составляет в среднем от

4,0 до 9,5%;

- соотношение мальчиков и девочек с СДВГ составляет в среднем 5:1 (14).

В целом по России, если сопоставлять данные различных авторов, распространенность синдрома колеблется от 2% до 47% (5, 13, 21, 53 и др.). Столь значительный разброс подтверждает актуальность изучения этого расстройства.

По мнению Г.В. Козловской (22), широкий диапазон распространенности синдрома не означает, что у всех детей с СДВГ данный синдром действительно существует как заболевание. В соответствии с требованиями медицинских классификаторов, диагноз СДВГ может быть поставлен в том случае, если симптомы, указывающие на данный синдром, наблюдаются более полугода. По данным Г.В. Козловской, из 60%-й выборки детей с диагнозом СДВГ только у 20% синдром существует в качестве постоянного расстройства. У остальных 40% наблюдаются «разовые всплески» симптоматики, проявляющиеся в основном в критические возрастные периоды и длящиеся в среднем 20-30 дней. Эта группа детей (40%) является в большей степени группой риска – с «предвестниками» синдрома.

Исследователи объясняют колебания данных о распространенности СДВГ отсутствием единых методологических подходов к формулировке диагноза. В частности, используются разные медицинские классификаторы (считается, что критерии МКБ являются более жесткими и позволяют давать более реальную оценку, чем критерии DSM), а также различные психологические опросники и анкеты (5, 31, 32).

Н.Н. Заваденко выделяет два основных методических подхода:

а) сведения об особенностях поведения ребенка собираются путем анкетирования членов семьи, а также педагогов (воспитателей) с обязательной оценкой степени выраженности симптомов в баллах («факторная» или «шкальная» оценка). Интерпретация полученных данных проводится с учетом возрастной нормы. Известно, что выраженность тех или иных особенностей поведения у детей с СДВГ достаточно сильно варьирует в зависимости от ситуации, времени, вида деятельности, отношения взрослых. В этой связи достоинство данного метода заключается в том, что путем опроса как родителей, так и педагогов, удается получить достаточ-

но достоверную картину поведения ребенка. Недостаток метода заключается в невозможности провести дифференциальную диагностику, так как он не предназначен для решения данной задачи.

б) непосредственное развернутое обследование детей из группы риска (выявленной с помощью предварительного анкетирования родителей и педагогов) с использованием психологических и клинических методов. Такая диагностика может включать в себя дополнительные обследования (ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, РЭГ), консультацию психиатра и др. Достоинство данного метода в том, что он позволяет в более полном объеме решить задачу дифференциальной диагностики и получить подробную картину клинических и нейропсихологических особенностей состояния ребенка (13).

Несмотря на малую изученность распространенности СДВГ в целом по России, имеющиеся сведения свидетельствуют о колебании доли детей с данным синдромом в зависимости от возрастной группы и региона. Так, по данным И.П. Брызгунова (5), в Москве распространенность СДВГ на 80% выше, чем, например, в г.Владимир и Владимирской области, при этом различия между мальчиками и девочками по частоте заболевания не постоянны (в отдельных населенных пунктах соотношение составляло 3:1, а в отдельных вообще не выявлялось).

В литературе подчеркивается преобладание мальчиков среди детей с синдромом ДВГ. Среди мальчиков 7-12 лет признаки СДВГ диагностируются в 2-3 раза чаще, чем среди девочек. Среди подростков это соотношение составляет 1:1; а среди 20-25-летних – 1:2 с преобладанием девушек (5, 14, 46).

Превалирование мальчиков объясняется исследователями рядом причин, среди которых: большая уязвимость ЦНС плода мужского пола к повреждающим воздействиям в пре- и перинатальный период; влияние наследственных факторов; меньшие компенсаторные возможности при поражении систем мозга в связи с большей специализацией больших полушарий у мальчиков по сравнению с девочками (3, 5, 13, 21).

Половые различия отмечаются и в структуре, и в динамике синдрома. У мальчиков симптомы гиперактивности появляются с 3-4 лет, что заставляет родителей обращаться к специалистам еще до поступления ре-

бенка в школу. Среди девочек гиперактивность встречается реже, а дефицит внимания – чаще. Кроме того, поведенческие отклонения у девочек протекают более скрыто, поэтому часто не выявляются при кратковременном наблюдении специалистов. В этой связи И.П. Брызгунов отмечает, что у девочек риск пропустить неблагоприятное развитие синдрома гораздо выше и в результате, в большей степени, чем у мальчиков, выражены социальная дезадаптация, учебные трудности и личностные расстройства (5).

По данным различных исследователей (5, 13, 52) клиническая картина синдрома в зависимости от возраста ребенка имеет ряд особенностей и несколько «всплесков», наблюдаемых как у мальчиков, так и у девочек (соответственно в 5-10 лет и в 12-15 лет).

В раннем возрасте у большинства детей с СДВГ обнаруживается синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, проявления которого возникают чаще в первые месяцы жизни (до 6 месяцев). Несмотря на правильный режим и хороший уход, такие дети часто бывают беспокойны. Беспричинный крик может сопровождаться избыточной двигательной активностью, вегетативными реакциями (усиленная потливость, покраснение и др.), повышением мышечного тонуса, тремором подбородка, рук. В 82% случаев в раннем возрасте наблюдаются нарушения сна (затрудненное длительное засыпание, частое пробуждение, крики, стереотипные движения во сне - сосание пальца и др.), в отдельных случаях – полная инверсия цикла «сон-бодрствование». Столь же часто отмечаются трудности с кормлением, расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта.

От года до 3 лет для детей с СДВГ характерны повышенная возбудимость, чрезмерная двигательная активность, нарушение сна и аппетита, снижение темпов психомоторного и эмоционального созревания. К 3 годам на фоне двигательной гиперактивности отмечаются моторная неловкость, импульсивность, повышенная утомляемость, отвлекаемость, упрямство, негативизм. Запаздывает формирование навыков опрятности. Речевое развитие также может запаздывать (это относится как к обогащению активного словаря, так и к становлению артикуляторного аппарата).

Периоды с 5 до 10 лет и с 12 до 15 лет специалисты называют своеобразным

«всплеском» синдрома ДВГ и связывают их с динамикой развития высшей нервной деятельности. Периоды 5-7 лет и 9-10 лет являются критическими для формирования систем мозга, отвечающих за мыслительную деятельность, внимание, память. В это время происходит важная смена стадий интеллектуального развития: ребенок приобретает возможность сравнивать, оценивать, классифицировать, измерять, познавать обратимость действия и интегрирования в общие структуры, что позволяет ему оперировать величиной, количеством, числом, весом, объемом и др. понятиями (стадия конкретных операций по Пиаже). Кроме того, формируются условия для становления абстрактного мышления и произвольной регуляции деятельности.

Изучение литературы показывает, что дети с СДВГ в 6-7 лет не готовы к обучению в школе в связи с замедлением темпов функционального созревания мозговых структур. Школьные нагрузки могут приводить к срыву компенсаторных механизмов ЦНС, дезадаптации, различным поведенческим нарушениям, формированию эмоциональных и личностных расстройств (5, 13, 23, 24, 43 и др.).

Если в дошкольном возрасте среди детей с СДВГ преобладают гиперактивность, двигательная расторможенность, моторная неловкость, рассеянность, отвлекаемость наряду с задержкой темпов психомоторного и эмоционального развития, то в младшем школьном возрасте на первый план выступают трудности в обучении и нарушения поведения.

При выраженном дефиците внимания ребенок с СДВГ во время школьных занятий не может сконцентрироваться более или менее продолжительное время на объяснениях учителя или выполнении какой-либо учебной задачи. Внимание перескакивает с одного предмета на другой, в результате чего ребенок постоянно отвлекается; он не способен работать вместе с классом; небрежен; часто бросает занятие, не достигнув результата. Время продуктивной работы нередко не превышает 5-15 минут, затем ребенок теряет контроль над собственной умственной активностью. После 3-7 минутного отдыха он может снова «включиться» в «новый цикл».

Так как внимание является одной из важнейших психических функций, обеспечивающих успешность обучения, то обычно уже к концу первого полугодия дети с СДВГ начи-

нают заметно отставать в учебе от одноклассников. На снижение успеваемости влияют также часто встречающиеся у детей с данным синдромом повышенная утомляемость, сниженная умственная работоспособность, суженный объем оперативной памяти, недостаточная сформированность мелкой моторики. (Как в дошкольном, так и в младшем школьном возрасте наблюдаются сложности с завязыванием шнурков, застегиванием пуговиц, проблемы с лепкой, рисованием, конструированием). В результате вторично страдает восприятие, возникают трудности с освоением чтения, письма, математических операций.

Проблемы с вниманием в 8 из 10 случаев сопровождаются гиперактивностью. Исследования особенностей уровня двигательной активности у детей с СДВГ в сравнении со здоровыми ровесниками (см. 5) показали, что у гиперактивных детей движения более примитивны, однако их количество значительно выше, чем у здоровых детей (22,4 движения в 1 минуту против 6,4 соответственно). Так двигательная активность верхних конечностей в 2 раза превышает аналогичные показатели у здоровых детей (6,4 и 3,1 в 1 минуту соответственно). В целом активность расторможенных детей в классе на 25-30% выше, чем у обычных ровесников.

Также проводились наблюдения относительно уровня двигательной активности в течение дня и ночи. Было установлено, что дети с СДВГ проявляют повышенную двигательную активность на занятиях в школе, дома и на улице, в будни и в выходные дни. Однако их активность мало отличается от поведения здоровых детей на уроках физкультуры, на переменах, во время обеда, т.е. когда все дети более подвижны. В отличие от здоровых детей у детей с СДВГ регистрировался высокий уровень двигательной активности во время сна в учебные дни, в выходные же дни этого не наблюдалось (5).

Гиперактивные дети испытывают значительные трудности в самоорганизации, их деятельность носит нецеленаправленный характер, маломотивированна и не зависит от ситуации. К концу дня на фоне общего переутомления повышенная активность находит «выход» в беспричинной или неадекватной сверхраздражительности, плаксивости, истериках.

«Пик» проявлений синдрома в 12-15 лет совпадает с периодом полового созревания.

Разные исследователи дают разные прогнозы относительно дальнейшего развития синдрома. По мнению одних (5, 64), к концу пубертатного периода гиперактивность и эмоциональная импульсивность практически исчезают или «маскируются» другими личностными чертами, при этом самоконтроль и саморегуляция заметно повышаются, а дефицит внимания может сохраниться. Другие, наоборот, считают, что дефицит внимания уменьшается, а импульсивность и гиперактивность чаще сохраняются и служат благоприятной почвой для дальнейшего развития неврозов и социальной дезадаптации (3, 58). Ю.С. Шевченко отмечает, что частота асоциального поведения у подростков с синдромом колеблется от 10 до 50% (3).

Особенность становления мотивационно-личностной сферы, эмоционального созревания и формирование произвольного поведения при синдроме ДВГ заслуживают особого внимания.

Как правило, эмоциональное развитие ребенка с СДВГ запаздывает, что проявляется неуравновешенностью, вспыльчивостью, нетерпимостью к неудачам. При неблагоприятных условиях быстро развиваются эмоциональные нарушения. Отношения с окружающими (как со сверстниками, так и со взрослыми) также нарушены. В психическом развитии гиперактивные дети могут отставать от сверстников, но стремятся руководить. Это приводит к своеобразной «изоляции». Причина одиночества в этом случае иная, чем при тревожных расстройствах и шизоидном складе личности, когда дети боятся общения. Напротив, дети с СДВГ - экстраверты: ищут друзей, но быстро их теряют. При этом они не всегда осознают само наличие трудностей общения. На вопрос «Есть ли у тебя друзья в классе» гиперактивный ребенок готов перечислить 2-3 человек или «записать» к себе в друзья весь класс. В то же время данные социометрии, проводимые в классе, могут указывать на то, что гиперактивный ребенок находится в своеобразной изоляции. «Список друзей» гиперактивного ребенка может меняться каждую неделю, а в отдельных случаях – каждый день. Если формальное общение с ровесником сегодня проходит благополучно, он может автоматически стать «другом» в глазах гиперактивного ребенка. Возникающие конфликты гиперактивный ребенок не всегда способен преодолеть, он просто «перестает дружить». Осоз-

нание трудностей общения может быть и частичным. «Я дружу со всем классом», - утверждает гиперактивный ученик 3 класса. Отвечая на вопрос «А сколько человек в классе дружит с тобой?» признает: «Не знаю... наверное, никто», при этом объяснить, почему так происходит, не может (данные автора).

Из-за неприязни со стороны сверстников, из-за стремления верховодить гиперактивные дети вынуждены общаться с самыми «покладистыми» или с младшими детьми. Трудно складываются и отношения со взрослыми, так как ни обычные наказания, с одной стороны, ни ласка вкупе с похвалой, с другой стороны, не стимулируют хорошее поведение ребенка.

Судя по данным литературы, в настоящее время среди специалистов широко распространено мнение о том, что у детей с СДВГ самооценка часто является заниженной, так как они получают большее, по сравнению с другими детьми, количество упреков и замечаний (5, 25, 31, 32). Между тем анализ имеющихся данных свидетельствует также и о наличии обратного феномена: дети с СДВГ могут быть склонны недооценивать и игнорировать негативные замечания со стороны взрослых и, наоборот, легко интроецируют позитивные оценки. Это может быть связано как с запаздыванием эмоционально-волевого созревания, так и с тем, что на фоне чрезмерно завышенных требований со стороны взрослых, когда ребенок получает чаще отрицательные оценки своих действий, его самооценка начинает выполнять защитную функцию: ребенок как бы «выключается», не слышит критических замечаний в свой адрес, не замечает неудач. При этом даже у гиперактивных детей школьного возраста довольно часто наблюдается «феномен», присутствующий в большей степени дошколятам: столкнувшись в конфликтной ситуации с обвинениями в свой адрес или с негативными замечаниями, такой ребенок легко «переводит» свою вину или необдуманый поступок на другого – одноклассника, учителя, окружающие предметы или обстоятельства: («Это не я виноват в том, что быстро бежал и споткнулся о парту, это парта виновата», «Не я виноват в ссоре, виноват Петя, (Саша, Вася)» и т.п.).

Уровень притязаний у детей с СДВГ также часто неадекватный. Так у гиперактивных детей младшего школьного возраста успех или неудачи вообще могут не влиять на по-

следующие действия, что характерно в большей степени для детей дошкольного возраста. Постепенно неудачи в учебной деятельности и в общении приводят к тому, что у детей с СДВГ, которым свойственно стремление к немедленному вознаграждению, мотивация к дальнейшим действиям снижается. Все больше начинает проявляться избегающее поведение. Последнее свойственно и тревожным детям с низкой самооценкой, однако они избегают активности, так как боятся негативных оценок со стороны окружающих, боятся «провала» и одновременно ожидают его. Мотивация у гиперактивных детей падает, скорее, по иной причине: им не интересно прилагать усилия, если впоследствии они не получают «быстрое и хорошее вознаграждение» (данные автора, 9).

Исследования, проведенные Г.В. Молчановой (36) относительно динамики возрастных и индивидуальных особенностей умственного развития тревожных и импульсивных детей 6-8 лет (в последней подгруппе были дети с СДВГ), показывают, что у детей с выраженной импульсивностью устойчивость импульсивных тенденций оказывает серьезное неблагоприятное влияние на познавательную и учебную деятельность, а также осложняет значимые межличностные отношения с учителями и сверстниками. Убежденность в собственной правоте, стойкое игнорирование мнения ровесников, нескритичность к собственным оценкам и поступкам, а также неспособность к пошаговому контролю за своими действиями приводит к возникновению познавательного конфликта и, как следствие, исчезновению мотивации к обучению. Только авторитет учителя, выразившего несогласие с мнением таких детей, побуждает их усомниться в надежности суждений на основе внешней видимости и приступить к освоению способов опосредованной оценки. При этом отмечались следующие особенности: рост активности при условии одобрения со стороны взрослого, потеря интереса к заданиям при малейших затруднениях, трудности в следовании поставленной задаче, переформулирование задачи на свой лад, поспешность в принятии решений, неспособность перестроить суждения при изменении условий задачи.

Вышеперечисленные характеристики, а также нетерпимость к неудачам в сочетании с поведенческими расстройствами, отсутствием упорства, невнимательностью и не-

усидчивостью приводят к парциальным задержкам развития, в том числе - школьных навыков (письма, счета, чтения). В результате, несмотря на нормальный IQ, у многих детей с СДВГ возникают трудности обучения. Их основной признак - несоответствие между реальной успеваемостью и той, которую можно ожидать исходя из IQ.

Изучение динамики основных свойств внимания у детей младшего школьного возраста с СДВГ (3, 57) обнаружили, что показатели устойчивости и переключаемости у детей с данным расстройством отстают в среднем на один год от аналогичных показателей у здоровых детей. Возрастная динамика формирования устойчивости и переключаемости внимания и у гиперактивных детей, и у их здоровых ровесников в целом характеризуется значительным сходством. В то же время показатель интенсивности внимания у детей с СДВГ, в отличие от здоровых, не улучшается до 10 лет, что исследователи связывают с нейрофизиологическим или анатомическим дефектом передних ассоциативных отделов коры больших полушарий мозга. В норме же возрастная динамика интенсивности внимания характеризуется существенным улучшением, что, вероятно, отражает функционально значимый скачок в созревании лобных отделов мозга, играющих важную роль в регуляции активного внимания.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что становление мотивационно-личностной сферы, эмоционального созревания и формирование произвольного поведения у детей с СДВГ происходит с парциальными задержками, по уровню чаще соответствует более младшему возрасту и может приводить к серьезным трудностям в обучении.

Перевозбуждение в обычных условиях школьного обучения и вторичные психотравмирующие проблемы с успеваемостью, поведением, общением, не перерабатываясь на сознательно-рациональном уровне (в силу незрелости лобных отделов) «отсылаются» для отреагирования на нижележащий (сомато-вегетативно-инстинктивный) уровень нервно-психического реагирования. По оценке Ю.С. Шевченко, именно этот фактор приводит к высокому риску осложнения СДВГ психосоматическими и эмоциональными расстройствами, а также к нарушениям в сфере инстинктов и влечений (3).

Продолжение в следующем номере.

Проблемы психологической диагностики детей, больных эпилепсией

БЕЛОПОЛЬСКАЯ Н.Л., УЛЬКИНА Н.А.

Психологическая диагностика детей с различными психическими заболеваниями постоянно нуждается как в теоретическом обосновании того или иного подхода, так и в разработке методов практических исследований (Н.Л. Белопольская, Б.В. Зейгарник, В.М. Коган).

Психологическая оценка особенностей психического развития ребенка преследует, как правило, несколько целей: определение соответствия уровня развития возрастным нормам, оценку перспективы развития и обучения, выявление патологических особенностей, присущих конкретному психическому заболеванию.

Часто практические психологи сталкиваются с проблемой явной нехватки психологических тестов и методик исследования, адекватных диагностическим задачам и контингенту больных детей.

Одной из сложнейших для психологической диагностики категорий больных детей являются дети, больные эпилепсией.

В настоящее время работа психологов с больными эпилепсией сводится к стандартной процедуре диагностики. Применяя ряд патопсихологических методик, в большинстве случаев психолог констатирует такие изменения в когнитивной сфере как общая медлительность, излишнее детализирование, «застревание» на незначительных деталях и пр.

Но, с другой стороны, эти особенности больных эпилепсией известны из клинических наблюдений, а задача психологического исследования, как говорила Б.В. Зейгарник, не дублировать врачебную диагностику, а получить именно психологическую диагностическую информацию о состоянии больного.

Из клинических наблюдений и беседы

психолог или врач могут сделать вывод о самооценке больного, осведомленности об окружающем, его желаниях, привязанностях, отношении к тем или иным событиям, сделать вывод о силе проявлений эпилептизации больного, стадии деменции.

На самом деле, важнейшей задачей для психологов в работе с данной нозологией является не только диагностика, направленная на выявление степени эпилептизации, но и анализ структуры нарушений психического развития ребенка: соотношение изменений в интеллектуальной и эмоциональной составляющих психического развития, выявление механизмов, лежащих в основе патологических изменений в развитии ребенка. Л.О. Ба-



далян (2001) писал, что: «Дети, страдающие эпилепсией, являются группой риска по развитию когнитивных нарушений, так как на когнитивную сферу влияет множество факторов, иногда бывает сложно определить относительную ценность каждого из них».

Без психологического анализа особенностей развития ребенка, больного эпилепсией, невозможно грамотно построить коррекционную работу.

Клинико-психологические особенности детей и подростков, больных эпилепсиями

Следует отметить, что дети, больные эпилепсиями, представляют большой интерес для психологической диагностики как в теоретическом, так и в практическом отношении. Дело в том, что если в начале заболевания специалисты отмечают основные проблемы в эмоциональной сфере, то в дальнейшем, в процессе развития заболевания, часто можно наблюдать нарушения в интеллектуальной сфере этих детей. «Безусловно, (В.В. Ковалев, 1995) в начальной стадии заболевания психические изменения либо отсутствуют, либо носят стертый, невыраженный характер». Кроме того, известно, что сама эпилепсия неоднородна, и не во всех случаях возникают дементные состояния. Известное положение Л.С. Выготского о единстве интеллекта и аффекта приобретает в диагностике детей, больных эпилепсиями, особое звучание.

В ранних публикациях по описанию больных с эпилепсиями авторы указывают следующие характерные особенности личности таких больных: биполярность аффекта со склонностью «застревать» на отрицательно окрашенных аффективных переживаниях, с одной стороны, и аффективную взрывчатость с большой силой аффективного разряда - с другой (Зейгарник Б.В. (1986); Ковалев В.В. (1995); Сухарева Г.Е., Кононова М.П. (1995)). Аффекты эпилептика легко возбуждаются, но они отличаются болезненной устойчивостью, не такой, которая необходима для плодотворной профессиональной работы, а другого рода устойчивостью, не позволяющей аффекту угаснуть после определенного срока, если речь, например, идет о вспышке гнева или ярости. Аффекты эпилептика не лабильны в том смысле, что они не могут быть заменены другими аффектами,

как это имеет место при органических заболеваниях и при алкоголизме. Персеверация проявляется как в мыслительной деятельности, так и в аффектах. Также характерен эгоцентризм с концентрацией всех интересов на себе, сочетание грубости к одним и услужливости к другим, мстительность, агрессивность, медлительность, ухудшение памяти, трудности переключения, проявления олигофазии. Эти особенности хорошо видны при экспериментальном обследовании: от неудач многие делаются нетерпеливыми, сердитыми, раздражительными. Аффект, напряженный, вязкий, может сохраняться длительное время. У большинства больных эпилепсией эмоциональная сфера как бы гипертрофируется, эмоциональная насыщенность становится настолько велика, что может перейти в постоянную аффективную напряженность, и поэтому больные становятся гиперчувствительными к внешним раздражителям. Данные нарушения бывают различной степени тяжести.

Вопреки этому, в современной эпилептологии в ряде случаев наблюдается тенденция отрицать качественную специфику изменений личности при эпилепсии, многие авторы упоминают об отсутствии изменений личности, нарушений когнитивных процессов и считают, что болезнь проявляется исключительно в судорожных состояниях. Например, по данным Д.Н. Исаева: «...изменения психики либо совсем не обнаруживаются, либо малозаметны при ненаправленной беседе». И еще: (Л.О. Бадалян, М.Н. Никанорова, (2001)): «Встречаются как больные с выраженным повреждением мозга и неврологическим дефицитом, так и совершенно нормальные в неврологическом отношении дети с нормальным интеллектом».

Между тем, при обращении родителей детей с эпилепсиями в Центры психологической помощи, к школьным психологам или в другие психологические службы, одной из основных проблем оказывается нарушение межличностных взаимодействий с друзьями, одноклассниками, сиблингами, особенно при отсутствии осведомленности окружающих людей о болезни ребенка. Родители обеспокоены тем, что ребенок не имеет друзей, часто агрессивен, дерется, долго помнит обиду, грубит учителю, особенно если педагог придерживается авторитарного стиля. Администрация и педагоги школ предлагают таким детям переходить на домашнее

обучение, мотивируя это предложение тем, что у ребенка может развиваться приступ, и они не могут брать на себя ответственность за больного ребенка. К сожалению, в большинстве случаев родители и дети вынуждены скрывать диагноз, даже если приступы отсутствуют в течение длительного времени.

Кроме характерных изменений в поведении у таких детей возникают сложности и в учебной деятельности. Родители просят психолога поработать с ребенком для преодоления невнимательности, крайней медлительности. «Все понимает, но такой медлительный. Не может сдержаться, если его кто-нибудь обозвал, сразу лезет в драку». – Это пример описания мамой проблем ребенка на консультации у психолога.

Экспериментально-психологическое исследование понимания эмоций детьми и подростками, больными эпилепсиями

В Центре ППРК «Детская личность» было проведено исследование эмоциональной сферы у детей с эпилепсиями с сохранными интеллектуальными возможностями или с легким когнитивным дефицитом. Всего было обследовано 30 детей и подростков в возрасте 8-18 лет. На первом этапе применялись стандартные проективные методики: «Сказочный апперцептивный тест», «Расскажи историю», «САТ», «Рисунок человека», цветовой тест Люшера. Как известно, эти тесты направлены на выявление внутренних конфликтов личности, скрытых мотивов и пр. Тест «Рисунок человека» из всех психодиагностических рисуночных тестов является наиболее распространенным, для него разработана система интерпретации признаков.

Исследование детей этими методами, к сожалению, не дало существенных результатов. Дети в большинстве случаев не проявляли интереса к самому процессу тестирования и выполняли тест формально. При составлении историй по картинкам долго подбирали слова, быстро истощались, не принимали ситуацию как проекцию собственных отношений. Ответы были малоинформативными, формальными, в некоторых случаях дети вообще не могли придумать даже одного предложения. Особые трудности вызывала длительность диагностической процедуры.

Результаты диагностики по тесту Лю-

шера показали устойчивые личностные предпочтения, практически одинаковые для всех испытуемых. Большинство детей предпочитали красный, желтый, зеленый цвета, которые по интерпретации данной методики символизируют активность, агрессивность, наступательность, властность, стремление к общению, честолюбие, веселость, самоуважение, упрямство, самоуверенность.

Рисунки детей, больных эпилепсией, были предметом исследования С.А. Болдыревой.

При обследовании в центре было выявлено, что ребенок, страдающий эпилепсией, не может придать рисунку ту характерную динамичность, которая наблюдается в детских рисунках в норме. Имеет место повторение тематики рисунка, но стереотипии не прослеживаются. Рисунки некоторых больных находились на гораздо более ранних возрастных стадиях развития, чем у детей того же возраста в норме.

Полученные результаты по выполнению рисунка человека подтвердили данные С.А. Болдыревой. Так же можно отметить из-



лишнюю детализацию и неадекватность в пропорциях на большинстве рисунков. Для подростков характерно выполнение рисунка штрихами, из чего можно сделать выводы об упрямстве и настойчивости, неумении ограничивать себя.

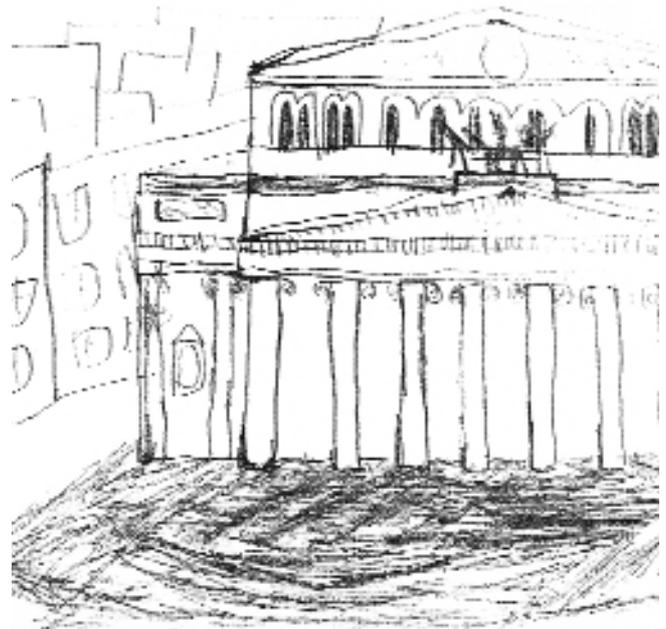
Таким образом, применение стандартных тестов фактически дало меньше диагностической информации, чем уже имевшаяся из клинической беседы и наблюдений за больными.

В центре «Детская личность» была разработана модификация методики «Рисунок человека», подстроенная под задачи данного исследования.

Ребенку или подростку предлагалось нарисовать двух человек: доброго и злого.

Дети с интересом приступали к выполнению задания, спрашивали, какого человека надо рисовать первым. Большинство испытуемых, узнав, что нет жестких требований в последовательности рисунков, начинали со «злого». Часто дети 9-13 лет комментировали свои рисунки. Комментарии были очень эмоциональными: «Ух какой злой! Он бы мог убить всех». Подростки, выполняя задание, в основном молчали, но тщательно прорисовывали детали и волновались за качество рисунка.

Типичными для рисунков были неточности в изображении лиц: они не соответствовали эмоциональным состояниям. Дети не могли передать характерные признаки доброго человека. Нельзя говорить о том, что они не придавали значения деталям лица, но их словесные комментарии не совпадали с тем, что они рисовали. Например, мальчик 10 лет, ученик гимназии, рисуя лицо злого человека, говорил, какой он злодей, изображая при этом рот, закругленный кверху. Следует отметить, что, рисуя злого человека, больные старались отягощать фигуру различными видами оружия: автоматом, ножом и др. Они больше делали акцент на речевые высказывания во время рисунка и на оружие, чем на характерные мимические подтверждения. Понимание детьми злого человека у большинства отождествлялось с внешней агрессией. В некоторых случаях невозможно было различить рисунки без комментариев больного, настолько изображения были похожи между собой. При интерпретации данных изображений по признакам рисунка можно говорить о контроле больного за те-



лесными импульсами, о чрезмерной озабоченности властью и силой, избегании зрительного контакта, проявлениях агрессии, склонности к тщеславию и высокомерию, экспансивности, компенсаторном превознесении себя в воображении.

Если проанализировать отдельно рисунки доброго и злого человека, то больше информативен второй вариант. При анализе рисунка доброго человека по сравнению со злым можно говорить об уменьшении агрессии, о меньшей озабоченности контролем за телесными импульсами.

Данный метод оказался довольно информативным для исследования нарушений эмоциональной сферы детей с эпилепсиями. Он показал, что дети имеют значительные трудности с субъективным эмоциональным пониманием злого и доброго человека, надеясь, а иногда полностью отождествляя злого с агрессией, направленной во вне.

Вторая методика, разработанная нами, была направлена на исследование возможностей детей, больных эпилепсиями, различать эмоциональные состояния. Детям предъявляли 4 схематических изображения лица со следующими эмоциями: радость, злость, грусть, удивление. Затем предлагали рисунок лица и фотографии лица с теми же эмоциями. Больные должны были определить эмоциональное состояние.

Результаты исследования показали, что больные испытывали сложности уже в определении эмоций радости и злости. Дети с трудом и долго подбирали само слово, обоз-

начающее эмоцию, хотя инструкцию они понимали хорошо. Характерной интерпретацией карточки с изображением радости была следующая: «он веселый, хорошее настроение, веселится». Большинство детей были несостоятельны в определении эмоций грусти и удивления. Наиболее типичные ошибки: о грусти - «плохое настроение», «расстроился», «плачет»; об удивлении - «орет», «плачет», «испугался».

К увеличению ошибок при интерпретации приводило первичное предъявление не схематических изображений, а фотографий людей. Больные делали больше ошибок, а иногда говорили, что они не знают, какие это эмоции.

Таким образом, можно говорить о проблеме ошибочного восприятия мимики людей детьми, больными эпилепсиями. Больные не учитывают мимические признаки силы проявления эмоции, путая хорошее настроение с выраженной радостью, даже на простых картинках, где основные признаки эмоции выделены. При интерпретации фотографии, несущей намного больше эмоциональных проявлений, чем рисунок, больные сталкиваются с проблемой самостоятельного распознавания основных, то есть информативных мимических сигналов эмоционального состояния человека. Возможно, неточное распознавание мимических выражений приводит к неправильной интерпретации

детьми различных ситуаций в целом, а следовательно, к нечеткости понимания ситуации при общении. Ясно, что ориентация на речевое высказывание в беседе и недостаточное или ошибочное понимание мимики собеседника, учителя, друга и т.д. могут приводить к неадекватным поступкам. Между тем тенденция к отрицательной интерпретации эмоционального состояния окружающих людей может приводить к частому аффективному реагированию. Как указывают ряд исследователей (Э.Блейлер, К.Ясперс), аффект тормозит все те ассоциации, которые противоречат ему, и способствует возникновению тех ассоциаций, которые ему соответствуют. Помимо этого он повышает значимость соответствующих ему ассоциаций и понижает значимость противоположных.

Заключение

Проведенное исследование позволило наметить пути психологической диагностики особенностей эмоциональной сферы детей, больных эпилепсиями.

Полученные результаты исследования больных в различении эмоций, в особенности позитивных, во многом объясняют характерные реакции в поведении таких детей.

Предложенные методики могут использоваться психологами для диагностики особенностей эмоциональной сферы детей и подростков, больных эпилепсиями.

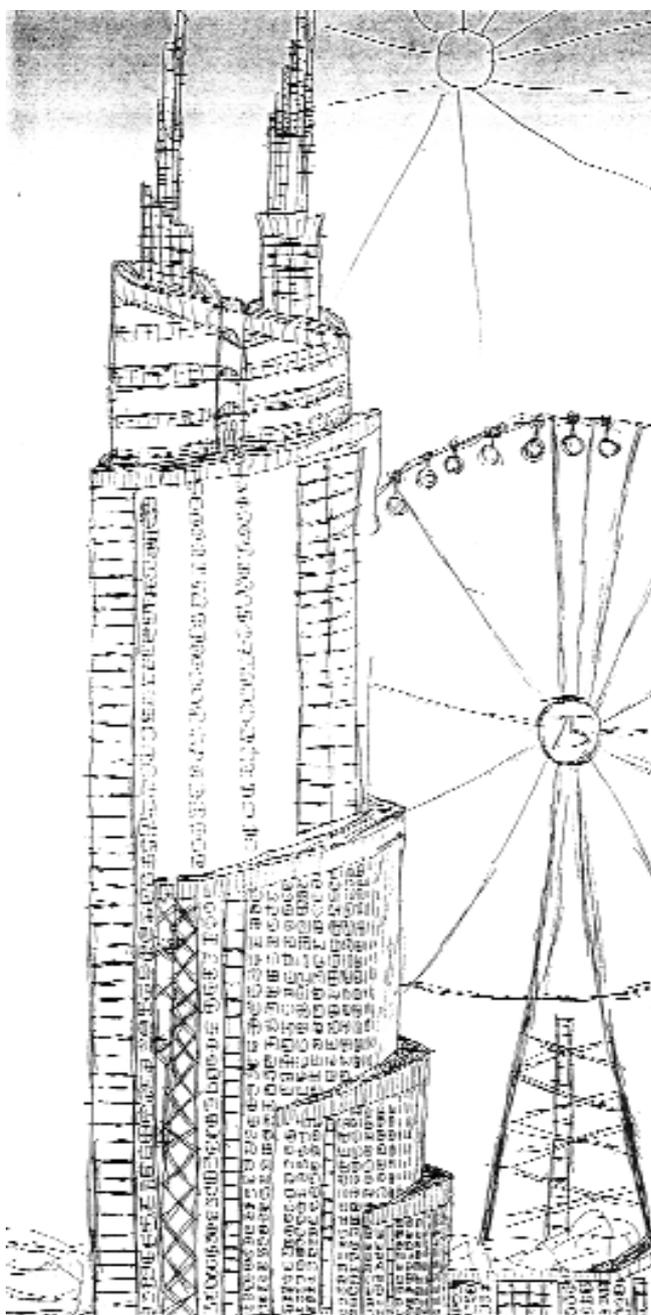
Литература

1. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. - М., 1995.
2. Бадалян Л.О. Невропатология. - М.: Academia, 2001.
3. Романова Е.С. Графические методы в практической психологии. - СПб.: Речь, 2002.
4. Хрестоматия по детской патопсихологии / Под ред. Н.Л. Белопольской. - М.: Когито-Центр, 1995.
5. Арнхейм Р. Искусство и визуальное восприятие. - М., 1974.
6. Зейгарник Б.В. Патопсихология. - М.: Изд-во МГУ, 1986.
7. Ясперс К. Общая психопатология. - М., 1995.
8. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. - М.: Медицина, 1974.

Облегченная коммуникация.

Обзор современных отечественных и зарубежных публикаций

ПАНЮШЕВА Т. Д.



Определение. История создания

Облегченная коммуникация, сокращенно с английского языка – FC (facilitated communication) - принадлежит к спектру методов поддерживающей коммуникации и часто применяется в тех случаях, когда другие способы дополнения или замещения громкой речи не подходят. FC – это не терапия и не способ лечения, а способ общения с людьми с тяжелыми нарушениями в сфере коммуникации. К таким людям относят тех, кто вследствие приобретенных или врожденных нарушений не могут, или же могут, но очень ограниченно, пользоваться традиционными методами общения, такими как устная речь или письмо.

В отчете о результатах исследовательского проекта Мюнхенского Университета Людвиг Максимилиана «Facilitated Communication» с людьми с серьезными нарушениями общения (август 1997) поддерживающая коммуникация определяется следующим образом [4]:

FC – это метод, который может помочь некоторым людям с тяжелыми нарушениями общения и нейромоторными нарушениями показывать на объекты, картинки, символы, слова и/или буквы, чтобы таким образом общаться.

Под FC понимается психологическая, эмоциональная и вербальная помощь, которую помощник оказывает человеку с тяжелыми нарушениями общения, чтобы последний, поддерживаемый за руку, запястье, локоть или плечо, мог целенаправленно показывать на картинки, буквы или символы, чтобы что-то сообщить.

Поддержка дает возможность человеку лучше контролировать свои движения и в конкретный момент показывать на желаемый объект или символ. Помогающий при этом не имеет права направлять движения своего подопечного, а должен лишь следовать его импульсам. При этом целью ФС является максимально возможное самостоятельное использование средства общения [4].

Таким образом, если подытожить основные цели применения ФС, то это:

1. Расширение коммуникативных возможностей клиента.

2. Получение клиентом поддержки при общении с как можно большим количеством разнообразных помощников в возможно более разнообразных ситуациях (чтобы обеспечить действительно разносторонне общение).

3. Обучение клиента самостоятельному и независимому от поддержки применению средства общения [5].

Метод альтернативной коммуникации был впервые применен в 1977 году австралийским педагогом Rosemary Crossley в работе с 16-летней неговорящей Anne McDonald с тяжелыми физическими нарушениями [8]. Позже этот метод пропагандировался в США профессором Douglas Biklen с соавторами (University Syracuse, 1992), а в Германии получил известность благодаря Birger Sellin (1993) [3] и Annegret Schubert (1990) [5]. Однако вскоре после распространения данного метода, с середины 90-х годов, в Северной Америке и Австралии значительно снизилась частота его применения в связи с тем, что пользователи ФС стали обвинять своих помощников (членов семьи, преподавателей, воспитателей), в частности, в сексуальных злоупотреблениях. Многие из обвиняемых были тогда приговорены к лишению свободы на основе этих высказываний, а дети разлучены с семьями. Обвиненные были реабилитированы лишь после того, как в судебном порядке была выявлена ошибочность этих высказываний (у многих обвиняемых имелось алиби). В это же время многие крупные профессиональные объединения педиатров, специальных педагогов, логопедов, детских психиатров и психологов отчетливо дистанцировались от ФС. Американское объединение родителей детей с аутизмом и связанных с ними ученых высказывалось однозначно против применения метода альтернативной

коммуникации [8].

В то же время о важности разработки методов альтернативной коммуникации говорит существование международного общества ISAAC (International Society for Augmentative and Alternative Communication) в котором состоят примерно 2300 человек и которое охватывает более 43 стран. В Германии, например, эта организация представлена зарегистрированным Обществом поддерживающей коммуникации (Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation e.V.). В рамках этой организации проводятся регулярные тренинги для повышения квалификации в области ФС. Прошедший обучение по специальным программам получает сертификат. Это обусловлено вполне понятным стремлением повысить качество применения ФС и унифицировать сам процесс [7].

В отличие от Запада, в России метод альтернативной коммуникации не получил на данный момент такого широкого распространения как в применении, так и в аспекте проведения исследований. Пока встречаются лишь единичные попытки применения ФС в работе с отдельными детьми и взрослыми с нарушениями развития. Например, описан случай применения ФС в Центре психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков г.Москвы при работе с 10-летним неговорящим мальчиком. До применения ФС существовало мнение, что он плохо понимает обращенную речь, у него часто проявлялись случаи агрессии и аутоагрессии, он не использовал указательный жест, испытывал большие сложности в выполнении двигательных операций. После начала работы с ним по методу альтернативной коммуникации оказалось, что он знает буквы, может отвечать на вопросы, умет читать. В настоящее время он продолжает обучаться при помощи ФС по школьной программе и учится общаться посредством компьютера с другими людьми [1]. В качестве другого примера можно привести опыт работы со взрослым аутичным пациентом. С ним для общения применялись сначала карточки (да/нет, изображения предметов и действий), но потом печатание на компьютере показало себя как более эффективный способ [2]. Кроме того, в отечественной практике есть разработки по развитию навыков коммуникации с умственно отсталыми детьми. Например, Л.М. Шипицына приводит рекомендации по развитию же-

стовой и карточной коммуникации в работе с глубоко умственно отсталыми детьми [2].

Область применения метода облегченной коммуникации

Люди, для которых ФС представляет способ расширения коммуникативных возможностей, - это люди, «имеющие тяжелые коммуникативные ограничения (Crossley, 1997), не владеющие никаким альтернативным способом общения, не проявляющие потенциала к освоению языка жестов или самостоятельному письму, или же они живут в таком окружении, где жесты или письмо не обеспечивают реальной возможности общения» [5]. Ни диагноз, ни возраст, ни способность читать, ни наличие ограниченной речи (например, эхолалия, речевые стереотипии, ограниченная устная речь) не исключают возможности применения ФС. Показанием для использования ФС является наличие тяжелого ограничения коммуникации и невозможность использовать другие средства общения [5].

Изначально R.Crossley применяла ФС в работе с детьми с детским церебральным параличом. Позже было установлено, что высказываться при помощи метода поддерживающей коммуникации могут люди с различными диагнозами.

Имеющиеся на сегодняшний день исследования показывают, что часто этот метод успешно применяется в работе с людьми, имеющими именно аутистические нарушения. Причины этого становятся более понятны, если обратиться к новейшим исследованиям об имеющихся у аутистов нарушениях в таких сферах как произвольная моторика и внимание [4].

В настоящее время не выработано четких критериев относительно возможности использования ФС при аутизме. Еще не ясно, насколько люди с аутизмом могут при помощи ФС развить свои коммуникативные возможности. Nagy приводит данные о 17% людей среди аутистов, которые успешно общались при помощи ФС [5]. Принимая во внимание возможный разброс проявлений аутистического расстройства, эти цифры выглядят вполне реалистичными.

Но ФС применяется не только при работе с аутистами: Christiane Nagy упоминает и людей с другими диагнозами, у которых также получены позитивные результаты. На-

пример, при спастических и диспрактических нарушениях, при синдроме Дауна, синдроме Ретта, а также при интеллектуальных нарушениях неизвестного генеза [4].

Этапы применения метода

Несмотря на недостаточную пока разработанность метода, существуют попытки обозначить отдельные фазы в применении поддерживающей коммуникации. Приведенные ниже фазы характеризуют собой разные моменты коммуникации при помощи ФС с точки зрения целей [5]. Эти фазы в практике трудно отделить одну от другой или расположить причинно или линейно друг за другом. Уровень коммуникации, который демонстрирует человек в каждый конкретный момент времени, зависит не только от достигнутой ступени, но всегда и от актуального состояния пользователя (например, усталости, стресса, волнения, мотивации), социальной ситуации (например, новая, мало структурированная, неясная ситуация), личности помощника (например, опыт поддержки) и темы разговора. Все эти моменты определяют потребность пользователя в степени поддержки и должны всегда учитываться в ходе общения посредством ФС вне зависимости от достигнутого уровня общения [5].

1 фаза – подготовительная

Это фаза установления контакта с будущим пользователем ФС, подготавливающая дальнейшее общение с ним уже с применением метода. В это время, прежде всего, обращается внимание на создание ситуации надежности и доверия, мотивированности участника и избегание завышенных требований и фрустрации. В первую очередь будущий пользователь ФС информируется о методе и поддержке посредством картинок, текстовых и/или видеоматериалов. Затем следует диагностический этап, на котором определяется, в частности, право- или леворукость участника и его способность использовать коммуникационные символы (фото, картинки, символы, карточки с именами, буквы), происходит ознакомление с поддержкой, осуществляемой в ходе коммуникации. Успеху и созданию мотивации на данном этапе больше способствует применение коммуникативных символов, знакомых обеим сторонам, что полезно и неопытному помощнику, который должен научиться чувствовать

указующие импульсы участника. Так же важно для пользователя иметь возможность принимать решение через выбор карточек «да» / «нет». Поскольку многие пользователи FC с аутистическими нарушениями знают буквы, то после короткого обучающего этапа стоит переходить к третьему шагу, на котором коммуникация осуществляется посредством букв [5].

2 фаза – осуществление свободной коммуникации

Первая подготовительная фаза и для помощника, и для пользователя – самое начало учебного процесса. По мере того как помощник повышает надежность своей помощи, пользователь получает все большую возможность недвусмысленно передавать информацию своему партнеру по общению. Пользователь может столкнуться со сложностями при выражении своих мыслей и чувств в силу речевых проблем (проблема нахождения слов; неуверенность при построении предложения), а также, поскольку может испытывать страх перед слишком высокими требованиями. Чтобы наладить доверие в процессе коммуникации и улучшить качество поддержки имеет смысл двигаться от более простых одноимпульсных заданий (выбор да/нет) к более сложным (задания со множественным выбором), от заданий с заполнением пробелов в тексте к уже самостоятельно инициированному и тематически незаданному общению.

Этот переход к свободной коммуникации важен и с точки зрения следующей фазы – фазы генерализации [5].

3 фаза – генерализация общения

Для многих людей с аутистическими нарушениями FC являет собой первую возможность общаться. В силу необходимости поддержки здесь скрывается и опасность зависимости от помощника и вместе с тем ограничение возможности применения этого средства общения. Поэтому важно обеспечить возможность независимости коммуникации при помощи FC от разных ситуаций и разных партнеров, чтобы «письмо стало совершенно нормальной частью их жизни» (Nagy, 1993).

Большое значение для ситуационно независимого применения FC имеет выбор подходящих средств коммуникации: фотографии, карточки с символами, различные

электронные и неэлектронные устройства для письма.

Выбор средства определяется тем, о чем в данный момент идет речь, насколько спокойны и целенаправленны указующие движения участника (тут может быть важен размер клавиатуры), насколько часто придется перевозить с собой это средство коммуникации или же оно используется всегда стационарно, а также насколько оно должно обладать дополнительными функциями (например, возможность напечатать и сохранить текст, откорректировать ошибки и пр.).

Чтобы состоялась обширная и развернутая коммуникация, необходимо применять метод поддерживающей коммуникации так часто, как это возможно.

Кроме генерализации коммуникационных возможностей надо не забывать вовлекать в ситуацию поддержки как можно большее число помощников, создавая разные альтернативы для участника при выборе партнера по общению. В качестве помощников в первую очередь выступают люди, находящиеся рядом с пользователем в повсе-



дневной жизни (родители, сиблинги, терапевты, учителя), которые по возможности с самого начала должны вовлекаться в процесс общения при помощи FC [5].

4 фаза – ослабление физической поддержки

Долгосрочной целью коммуникации посредством FC является независимое и самостоятельное общение пользователя с применением вспомогательных средств общения. Исходя из этого, следует развивать самостоятельные указующие движения и постоянно шаг за шагом минимизировать поддержку. На этом этапе, безусловно, продолжается варьирование ситуаций и помощников. Следует учитывать, что слишком резкое уменьшение поддержки может приводить к неуверенности пользователя, и, кроме того, ослабление помощи может происходить ценой ограничения или замедления коммуникации, что опять же может стать фрустрирующим и демотивирующим моментом. Практический опыт показывает, что через много лет общения с помощью FC становится возможной независимая коммуникация (Eichel, 1996). Но надо принимать во внимание, что далеко не все люди с аутизмом приобретают способность показывать/печатать без физической поддержки (Eichel, 1996). Таким образом, об уменьшении поддержки надо помнить все время, но этот процесс не должен тяготить сам процесс общения [5].

Если говорить об уменьшении поддержки более детально, то можно привести градацию, выделенную Crossley:

- поддержка руки с изоляцией указательного пальца;
- поддержка запястья;
- поддержка предплечья;
- поддержка через рукав;
- поддержка через локоть;
- поддержка через плечо;
- поддержка через нажим на плечо;
- поддержка через прикосновение к плечу без нажима;
- поддержка через прикосновение к любой другой части тела, кроме руки;
- отсутствие физической поддержки.

«Независимая коммуникация – это лучший из возможных способов общения, но если нет такой возможности, то и плохой способ общения лучше, чем никакой. Независимость – ценное свойство, однако комму-

никация – это человеческое право» (Crossley, 1997).

Оценка FC специалистами. Исследования валидности метода.

При оценке любого нового метода работы с людьми с нарушениями развития возникает вопрос: насколько он соотносится с имеющимися принятыми в науке концепциями и возможными объяснениями механизмов данного заболевания. Таким образом, и оценку метода FC стоит начать с подобного рассмотрения. По этому вопросу среди исследователей существует мнение, что концепция FC радикально отличается от распространенных в науке подходов к пониманию природы аутизма [8].

Во-первых, в ней основательно пересматриваются симптомы и теория возникновения нарушений при аутизме. Утверждается, что основные симптомы (аномалии в общении; нарушения социального взаимодействия; ограниченные интересы и поведение), а также часто сопутствующее интеллектуальное снижение не являются существенными и продолжительными явлениями, а могут быть преодолены или, по меньшей мере, значительно редуцированы при помощи поддерживающей коммуникации. Эта позиция подтверждается приведением высказываний аутичных пользователей FC. Например: 7-летний Марк (Viklen, 1992), являющийся собой типичный пример неговорящего аутиста. В процессе применения FC он без усилий принимает участие в беседе, делится информацией о своей внутренней жизни при помощи хорошо оформленных точных предложений: «Я не хочу быть аутистом. Никто не может на самом деле понять, каково это. Это означает очень одиноко. Я часто чувствую себя плохо. Я хочу быть как нормальные дети. Уметь говорить». Далее приводится информация о том, что Марк посещает второй класс и демонстрирует там результаты, превосходящие его возрастную норму.

Свидетельства в пользу вариативности симптомов аутизма исходят и из обобщения результатов исследований, утверждающих, что около 70% из 450 неговорящих людей (в основном, аутистов) могут посредством FC общаться, используя самостоятельно построенные предложения (Crossley, 1992, Viklen, 1992) [8].

Во-вторых, центральной причиной

аутистического нарушения называются «нейромоторные трудности» (диспраксия) и «слабость социальной ориентации» (Klaus, 2003). Влияние обоих факторов якобы компенсируется при помощи FC.

Наконец, научные данные (в том числе результаты генетических исследований близнецов или диагностики интеллекта), не совпадающие с допущениями сторонников поддерживающей коммуникации, имеют тенденцию игнорироваться или ставиться под сомнение.

Отношение к обоснованности и пользе применения облегченной коммуникации у разных исследователей отличается. Так профессор Helmut Remschmidt считает, что окончательного решения относительно применения FC еще не принято, и во многих работах указывается авторитарная роль лица, оказывающего поддержку. Причем многие родители и терапевты из-за достижения положительных результатов в конкретных случаях убеждены в эффективности метода. Однако научного подтверждения этому пока нет. Если взять краткий обзор контролируемых исследований эффективности FC за 1990-1996 годы, то оказывается, что только у 23 из 359 обследованных детей наблюдались положительные изменения коммуникативных способностей. В данных исследованиях принимали участие дети со следующими диагнозами: аутизм/общее нарушение развития – 265; расстройства обучения средней и выраженной степени – 82; церебральный паралич – 9; другие расстройства (например, вследствие травм головного мозга, неизвестных причин) – 3. Основные вопросы, поставленные в этих исследованиях: являются ли сообщения участников в ходе применения FC подлинными? Передают ли они действительно переживания, мысли, чувства участников? Пример одного из приемов (message-passing), применяемых в исследованиях для ответа на эти вопросы, следующий: сравнивались три ситуации. В одной участник и его помощник получали одинаковую информацию (картинку), в другой – разные, в третьей же помощник не получал никакой информации. Задача участника была напечатать, что ему показали. В первом случае ответ, как правило, был верным, во второй и третьей ситуациях – ошибочным [8].

Основной довод, высказываемый против выводов данных экспериментальных исследований, заключается в характеристике ситуации исследования как искусственной, в которой испытуемые могут ощущать давление. Это, в свою очередь, может вызывать недоверие и стресс со стороны обследуемого [3]. Таким образом, результаты приведенных исследований показывают, что подавляющее большинство аутичных пользователей FC передают совсем не информацию о своей внутренней жизни, а мысли и чувства своих помощников. В качестве объяснения этого феномена часто привлекается мнение о бессознательном влиянии на движения руки пользователя и самовнушении, приводящем к убежденности в авторстве пользователя. Но нельзя исключить и возможности сознательного влияния [8].

Интересно, что в работе другого автора [6] общий результат обзора международных исследований FC выглядит гораздо более оптимистическим. В данном случае охватывается чуть больший период времени: 1989-1997¹ годы. Исходя из этих данных, делается предварительный вывод о том, что FC, при корректном применении, может служить для некоторых людей с серьезными нарушениями коммуникации вполне валидным методом. Кроме того, обращается внимание на то, что применение проб «message-passing» имеет определенные ограничения. Это всего лишь одно из проявлений коммуникативных возможностей (так же как, например, умение сказать «нет»). То есть это умение нельзя в обязательном порядке предполагать у пользователя FC, но оно может быть выработано у многих из них путем тренировки. Влияние или манипуляцию собеседником нельзя исключить при любом общении, хотя в большей степени этого можно ожидать при неравной позиции общающихся, как это имеет место в случае с облегченной коммуникацией. Таким образом, влияние помощника на содержание разговора через FC возможно. Но авторы не останавливаются на приведенных выводах, а проводят свое собственное исследование под руководством профессора доктора Konrad Bundschuh в мюнхенском Университете им. Людвига Максимилиана по заказу баварского министерства. В исследовании участвовали 29 пользователей FC с диагнозами: 21 аутист; 6 человек с психиче-

¹ В Приложении 1 приведена сводная таблица международных исследований валидности FC за 1989–1997 годы с полученными результатами [6].

скими расстройствами неизвестного генеза; 1 человек с хромосомной аномалией; 1 человек с церебральным параличом. Исследование проводилось с января 1997 по январь 1998 года. Ниже приведены результаты по следующим пунктам:

1. Валидность на основании «message-passing»: помощники должны были каждый месяц фиксировать те случаи, когда участники посредством FC делились чем-то таким, чего помощники до этого момента не знали и что на проверку оказывалось истинным. Критерий оценки: если такое случилось за время исследования как минимум три раза, то участника относили к группе показавших валидность метода в данных пробах. Результат: 86% показали валидность метода, а 14% не показали. То есть значительное большинство из исследованной выборки продемонстрировали возможность валидной коммуникации посредством FC.

2. Одинаковые высказывания при разных помощниках: здесь ставился вопрос о том, могут ли участники поделиться одной и той же или похожей информацией с разными помощниками, что подтвердило бы авторство высказываний. В этом случае не удалось провести исследования с двумя участниками (с одним по временным и техническим причинам не удалось провести смену помощника, а у другого участника дело касалось личностной сферы, так как иногда пользователи не соглашались, чтобы их высказывания были доступны другим людям). Критерий оценки: минимум три случая преподнесения сходной информации разным помощникам. Итог: 48% показали положительный результат, а 52% - отрицательный. В целом эти данные дают основания считать, что информация исходит от участников, а не помощников. К тому же при оценке значимости этого результата нельзя забывать, что число участников в этой пробе сократилось по указанным выше причинам.

3. Применение необычной грамматики и/или некорректной орфографии: помощники должны фиксировать все случаи использования участниками нестандартных случаев употребления грамматики и/или слов, написанных некорректно с точки зрения орфографии. Критерии оценки: как минимум 5 зафиксированных случаев за время исследования. Результат: все участники (100%) как минимум 5 раз продемонстрировали подобные ошибки.

4. Неологизмы: нужно было фиксировать создание участниками новых слов. Критерий оценки: как минимум три случая употребления неологизма во время исследования. Результат: 86% как минимум три раза использовали неологизмы, а 14% - ни одного или меньше трех. Надо отметить, что использование неологизмов считается характерной особенностью речи говорящих аутистов (Buettner 1995, 1996). И эти данные также свидетельствуют в пользу авторства участников.

Хотя окончательные выводы делать еще рано, но уже из промежуточных результатов исследования очевидно, что поддерживающая коммуникация может быть валидным способом общения с некоторыми людьми с тяжелыми нарушениями коммуникации (с различными диагнозами) при адекватном применении.

Кроме вопроса о валидности метода одним из интереснейших и важных вопросов является выявление возможных позитивных или негативных последствий применения FC. В целом вполне можно предположить наличие таких изменений для самого пользователя и для его ближайшего окружения, хотя никаких каузальных взаимосвязей на сегодняшний день еще не выявлено. В Мюнхене в начале 1997 года было проведено исследование [6], касающееся поставленного вопроса. Был проведен опрос, ориентированный на помощников пользователей FC и направленный на выяснение эффективности метода, где одной из основных задач было определение возможных последствий применения FC. Диагнозы участников (всего 36 человек): 27 человек с РДА; 6 человек с психическими нарушениями неизвестного генеза; 1 человек с туберозным склерозом с аутистическими чертами; 1 человек с хромосомной аномалией; 1 человек с церебральным параличом.

Результаты: что касается поведения, то его изменения с момента применения FC отметили в 69% случаев, отсутствие изменений в 25%, не дали ответа 6% опрошенных. Из тех, кто отметил поведенческие изменения, в 88% случаев оценили эти изменения как положительные, тогда как в одном случае изменения были как положительного, так и отрицательного характера, а в двух случаях - исключительно негативные. Примеры положительных поведенческих изменений: редукция агрессивного и аутоагрессивного поведения; более адекватное поведение в новых

ситуациях; снижение количества стереотипий. Те, кто отметил в 2 случаях отрицательные изменения, указали учащение случаев агрессивного поведения. То есть, хотя нельзя исключить возможности отрицательного влияния применения метода, но в большинстве случаев можно ожидать уменьшения случаев нежелательного поведения и усиления позитивных поведенческих проявлений. Что касается возможных изменений в речи, то здесь меньше однозначности. В 42% случаев отмечались изменения, в 42% случаев таковые не отмечались, в 16% респонденты не дали никакого ответа. Из 15 человек, у которых изменения в речи были отмечены, в 87% отмечались положительные изменения: например, до этого выраженно эхолаличная речь становилась более адекватной ситуации, а в 13% (2 человека) – изменения были негативными. В этих 2-х последних случаях до применения FC участники чаще читали по слогам. Страх того, что применение метода с

неговорящими людьми может редуцировать их прочие коммуникативные усилия, в данной работе не подтвердился.

Итак, если говорить о валидности данного метода, то окончательное суждение принять пока не представляется возможным в силу противоречивости полученных в исследовании результатов. Надо отметить, что на основе имеющихся по этому вопросу данных, Американское психологическое общество еще в 1994 году приняло резолюцию [9], где обозначается позиция общества по отношению к FC как к «противоречивому и недоказанному коммуникативному методу без научно продемонстрированного подтверждения его эффективности»¹. Здесь важно подчеркнуть, что исследования FC с положительными результатами появились в основном позже 1993 года (см. Приложение 1), тогда как в резолюции присутствуют ссылки на работы только 1993 года.

Приложение 1

Результаты международных исследований валидности FC за 1989-1997 годы

Год	Авторы / страна	Результат
1989	I.D.R.P. / USA	Неоднозначный
1992	HUDSON u.a. / USA	Отрицательный*
1992	WHEELER u.a. / USA	Отрицательный
1992	QUEENSLAND REPORT ON FACILITATED COMMUNICATION / Australien [STEERING COMMITTEE]	Положительный**
1993	EBERLIN, CONNACHIE u.a. / USA	Отрицательный
1993	GREEN: Оценка международных исследований: только 4 из 218 пользователей FC смогли доказать свою способность общаться посредством FC	Отрицательный
1994	VASQUEZ / USA	Положительный
1996	CARDINAL, HANSON & WAKEHAM / USA	Положительный
1996	WEISS, WAGNER & BAUMAN / USA	Положительный
1996	SHEEHAN & MATOUZZI / USA	Положительный
1997	OLNEY / USA	Положительный
1997	SHEVIN & MARCUS / USA	Положительный

* - пользователи FC не смогли в ходе исследования доказать свою способность общаться.

** - пользователи FC смогли в ходе исследования доказать свою способность общаться.

¹ В Приложении 2 приведен полный перевод резолюции Американского психологического общества по поводу FC.

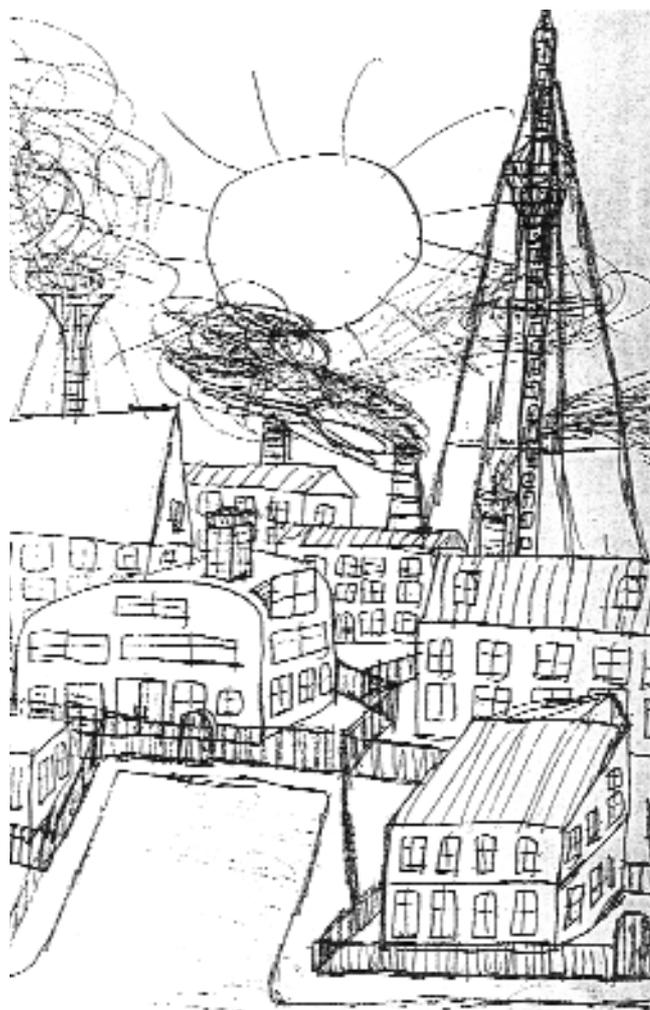
Приложение 2

Резолюция по Facilitated Communication Американской психологической ассоциации. (Принята 14 августа 1994 года в Лос-Анджелесе)

Поддерживающая коммуникация (FC) широко распространилась по всей Северной Америке в специальных службах для неговорящих людей с нарушениями развития. Базовым допущением поддерживающей коммуникации является то, что люди с аутизмом или средней и глубокой степенью умственной отсталости обладают «нераскрытой грамотностью», согласующейся с нормальным интеллектуальным развитием. Научно обоснованные исследования обнаружили, что напечатанный текст (представленный через компьютер, доску с буквами), приписываемый клиенту, направлялся или систематически детерминировался психотерапевтом, обеспечивавшим поддержку (Bligh & Kupperman, 1993; Cabay, in press; Crews et al., in press; Eberlin, McConnachie, Ibel, & Volpe, 1993; Hudson, Melita, & Arnold, 1993; Klewe, 1993; Moore, Donovan, & Hudson, 1993; Moore, Donovan, Hudson, Dykstra, & Lawrence, 1993; Regal, Rooney, & Wandas, in press; Shane & Kearns, in press; Siegel, in press; Simon, Toll, & Whitehair, in press; Szempruch & Jacobson, 1993; Vasquez, in press; Wheeler, Jacobson, Paglieri, & Schwartz, 1993). Кроме того, научно еще не продемонстрировано, что терапевты осознают свое контролирующее влияние.

Следовательно, особенности данного метода создают непосредственную угрозу гражданским и человеческим правам человека с аутизмом или тяжелой умственной отсталостью. Таким образом, при некритическом применении FC возникает риск для участников процесса в следующих ситуациях:

- возможность невербальных высказываний обвинений в адрес помощников (членов семьи или других ухаживающих) по поводу оскорблений или плохого обращения;
- использование FC может вызывать определенные последствия на основе полученной в ходе его применения информации об индивидуальных предпочтениях, здоровье, семейных отношениях;
- ответы клиента могут использовать-



ся при психологической оценке с применением стандартизированных оценочных процедур и в ходе общения клиент-терапевт в консультировании или психотерапии, при выборе терапевтической деятельности или приеме решения о лечении.

Широко известны примеры, когда использование FC в случаях с неподтвержденными заявлениями о злоупотреблении вели к психологическому дистрессу, отчуждению или финансовым трудностям членов семьи и ухаживающих. Испытательный и неподтвержденный статус техники не мешает продолжению исследований на предмет полезности FC и сходных научных исследований. Благоразумная клиническая практика с привлечением FC должна предваряться использованием в обоснованном согласованном порядке процедуры применения методики, включая сообщение о потенциальном риске и потенциальной пользе.

Поддерживающая коммуникация – это процесс, при котором помощник поддерживает руку или рукав коммуникативно не-

полноценного человека в процессе использования клавиатуры или печатающего устройства. Утверждается, что этот процесс дает возможность человеку с аутизмом или умственной отсталостью общаться. Исследования неоднократно продемонстрировали, что поддерживающая коммуникация не является научно валидной техникой для людей с аутизмом и умственной отсталостью. В особенности информация, полученная посредством FC, не должна быть использована

для подтверждения или отрицания заявлений о злоупотреблении или для проведения диагностики, или решения о лечении.

На основе этого выносятся резолюция, что Американская психологическая ассоциация занимает такую позицию относительно FC, что это противоречивый и недоказанный коммуникативный метод без научно продемонстрированного подтверждения его эффективности.

Использованная литература

1. Козорез А.И. Опыт использования метода поддерживающей коммуникации в работе с ребенком с синдромом детского аутизма // Аутизм и нарушения развития. - 2005. - № 1. - С. 59-61.
2. Костин И.А. Опыт использования метода облегченной коммуникации со взрослым аутичным пациентом // Аутизм и нарушения развития. - 2003. - № 3. - С. 58-62.
3. Ремшмидт Х. Аутизм. Клинические проявления, причины и лечение. - М.: Медицина, 2003.
4. Alfar_ Andrea, Lic.Phil.I, Doktorandin der Allgemeinen Sprachwissenschaft an der Universit_t Basel (CH).
«Gest_tzte Kommunikation (FC) mit autistischen Menschen»
Sprache und Kultur: Jahrestagung der Gesellschaft f_r angewandte Linguistik (GAL e.V.) vom 30.9 – 2.10. 1999 an der Johann-Wolfgang-Goethe-Universit_t Frankfurt/Main. <http://www.fcforum.com>.
5. Autenrieth, Andreas Auszug aus: „Die Kommunikationsm_glichkeit der Gest_tzten Kommunikation am Beispiel von Menschen mit einer autistischen St_rung. Konsequenzen f_r die Arbeitsplatzsituation in der Werkstatt f_r Behinderte.“; Diplomarbeit an der Evangelischen Fachhochschule N_rnberg, 1998.
<http://www.lebenshilfe-loerrach.de/proj/proj-gk.html>
6. Basler-Eggen Andrea. Schriftliche Fassung eines Vortrages zur Fachtagung “Gest_tzte Kommunikation (FC)”
Thema: “Validation und Auswirkungen von FC”. 29.08.1998, Z_rich.
http://www.fcforum.com/docs/semi0898_eggen.pdf
7. ISAAC. <http://www.isaac-online.de/>
8. Probst Paul, 02.09.2003. “Gestuetzte Kommunikation”: Eine unerfuellbare Verheissung.
<http://www1.uni-hamburg.de/Paul.Probst/pp-orginalarbeiten-autismus/gk-verheissung-1.pdf>
9. Resolution on Facilitated Communication by the American Psychological Association Adopted in Council, August 14, 1994, Los Angeles, CA.
<http://soeweb.syr.edu/thefci/apafc.htm>

Группа подготовки к школе для детей с отклоняющимся развитием. Профилактика школьной неуспешности*

Методика и организация занятий с детьми старшего дошкольного возраста в условиях Центра психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков.

В помощь психологам и логопедам

ВЫГОДСКАЯ И.Г., КУКАРКИНА Е.Б., ЛУЩЕКИНА Е.А., СУББОТИНА Е.В.



ЗАНЯТИЕ 10.

Задачи:

1) Тренировать произвольное внимание с помощью заданий на параллельные числовые ряды.

2) Отрабатывать навык написания цифр 5, 6. Закрепить навык написания цифр 1–4.

3) Научить детей действиям сложения и вычитания (составление и решение элементарных примеров, запись в принятой математической форме).

4) Закрепить навык изображения структур точек, соответствующих определенному количеству.

5) Дать детям представление о понятиях «больше», «меньше», «равно»; научить писать соответствующие математические знаки.

6) Развивать графические навыки и пространственные представления.

Материалы:

- фломастеры для доски и бумаги, простые карандаши;
- магнитные «точки» 2-х цветов (например, красного и синего, по 10 каждого);
- счетные палочки (по 2 каждому ребенку);
- по 2 бумажных круга для каждого ре-

*Продолжение. Начало см. в № 4, 2004 г.

бенка (размером с тарелку);
 - однородный счетный материал, имитирующий «зернышки»(например, сухой горох или небольшие конфеты драже).
 - бланки с заданиями (рис. 1; 3–12).

Ход занятия.

Организационный момент.

Параллельные числовые ряды.

1) П. раздает детям бланки с заданием (рис. 16): у обезьянки и зайчика таблички с цифрами. Сколько цифр в каждой таблице? (12). Найдите цифру 1 у обезьянки, обведите ее красным фломастером. А теперь найдите цифру 1 у зайчика – обведите ее зеленым. Продолжайте таким же образом: «2» у обезьяны красным, «2» у зайчика зеленым и т. д. до цифры 6.

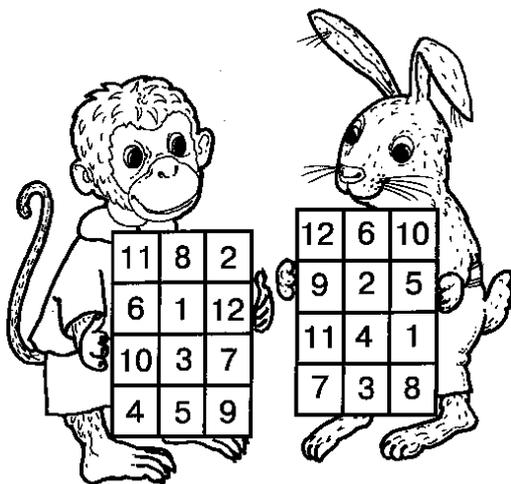


Рис. 1. Задание к занятию 10.

(Чтобы облегчить детям выполнение задания, можно подсказать им, чтобы положили красный фломастер слева от бланка, ближе к обезьяне, зеленый — справа, ближе к зайцу).

Когда задание выполнено, П. просит детей показать цифры так, как они их обводили: 1 — у обезьянки, 1 — у зайчика, 2 — у обезьянки, 2 — у зайчика и т. д. до цифры 6.

Дома предлагается доделать таблицу по той же схеме до конца и потренироваться показывать параллельные ряды от 1 до 12.

2) П. рисует на доске таблицу 4 x 5 клеток и вписывает в нее в случайном порядке 2 ряда цифр (1 - 10), используя два цвета (рис.

17); цвета должны соответствовать цветам магнитных «точек»).

5	2	9	3
10	6	1	8
4	7	3	10
2	9	4	7
1	6	5	8

Рис. 2 к занятию 10.

10	7	1	4
1	10	5	3
5	7	8	9
3	6	4	2
8	2	9	6

Рис. 3 к занятию 10.

П. по очереди вызывает детей к доске, дает 2 магнитные «точки» разных цветов. Ребенок должен поставить точки возле 2-х одноименных цифр соответствующих цветов: 1 красная – 1 синяя, 2 красная – 2 синяя и т. д. Когда вся таблица заполнена, дети таким же образом собирают магниты с доски, но уже используя обратный числовой ряд: 10 красная – 10 синяя, 9 красная – 9 синяя и т. д.

3) П. раздает детям бланки с заданием (рис. 3): вот похожая таблица. Возьмите два фломастера, зеленый и голубой. Какая цифра в таблице самая большая? (10). Найдите черную 10, обведите ее по контуру зеленым фломастером. Теперь найдите белую 10 и раскрасьте ее голубым. Что нужно делать дальше? (9 – обвести зеленым, 9 – раскрасить голубым и т. д.). Когда раскрасите цифру 7, остановитесь. Остальное доделаете дома. Потренируйтесь показывать и называть цифры в том порядке, в котором вы их раскрашивали.

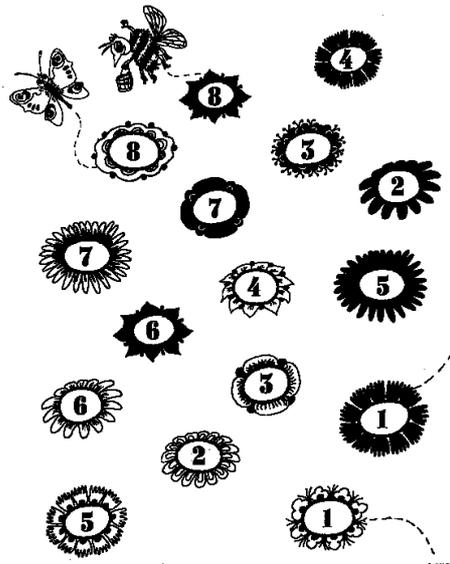


Рис. 4. Задание к занятию 10.

4) П. раздает детям бланки с заданием (рис. 4): *Вот еще одна цветочная поляна, но на ней уже одновременно и бабочка, и пчела. По каким цветам они летали? (пчела — по черным, бабочка — по белым). Раскрасьте желтым фломастером серединки цветов, по которым летала пчела, проведите «дорожки» от цветка к цветку (1 – 10).*



Рис. 5. Задание к занятию 10.

Таким же образом дети раскрашивают цветы бабочки (любым другим цветом) и проводят «дорожки».

П.: *А теперь поставьте левый указательный палец на первый цветок бабочки, а правый — на первый цветок пчелы. Покажите двумя руками одновременно, как летели бабочка и пчела.*

(Имеет смысл проверить выполнение данного задания каждым ребенком по очереди; можно провести соревнование, с акцентом на правильности выполнения).

3) П. раздает детям бланки с заданием (рис. 5): *Вот мишка летит на самолете. Вокруг него облачка и звездочки. Сперва ему встретилось облачко с номером 10, где оно? А потом звездочка с тем же номером. Обведите красным цветом цифру на облачке, потом на звездочке. Теперь ищите девятое облачко и девятую звезду — обведите цифру, продолжайте дальше (8 – 8, 7 – 7 и т. д.), не забывайте: сперва облачко, потом звездочка.*

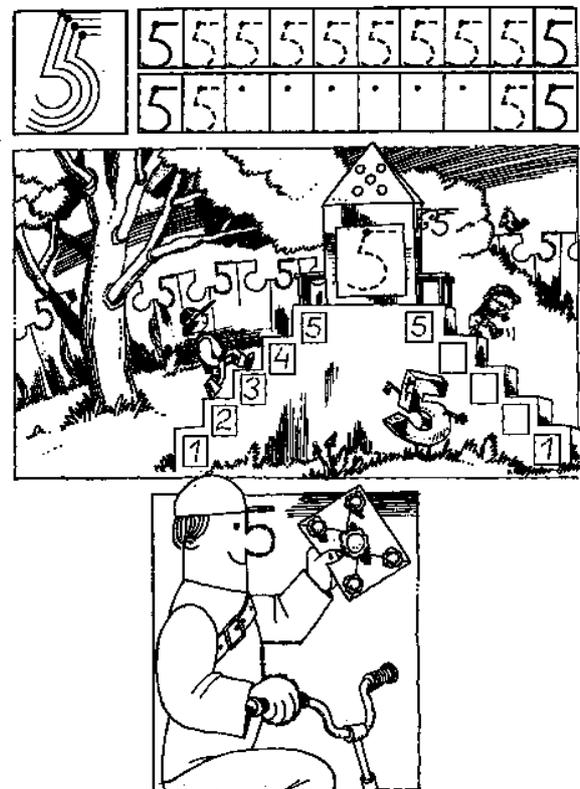


Рис. 6. Задание к занятию 10.

Дома предлагается по той же схеме обвести по контуру облака — синим цветом, звездочки — желтым и потренироваться показывать цифры в том же порядке.

Разминка с хлопками.

Графема цифры 5.

1) П. раздает детям бланки с заданием (рис. 6): *Бим и Бом пришли в гости к цифре «пять», или к «пятерке». Прежде всего они решили научиться правильно ее писать.*

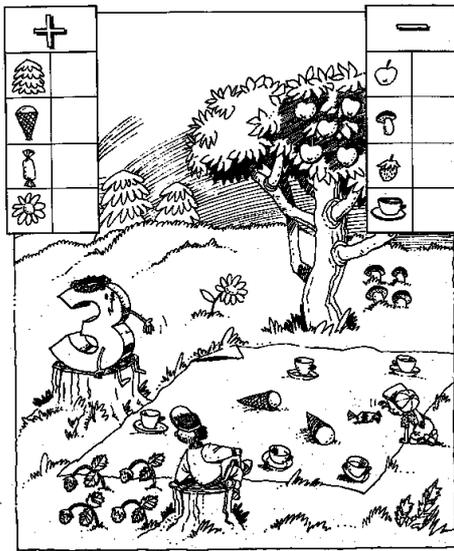


Рис. 7. Задание к занятию 10.

Задание выполняется по той же схеме, что и предыдущие задания с цифрами (1 – 4, см. занятие № 9).

(Цифра 5 является сложной в графическом отношении, и стоит уделить больше времени отработке ее написания с тренировкой на доске; дети могут сперва обводить цифру, написанную П., пробовать «написать» цифру в воздухе и пр.).

Почтальон с письмом, помимо дополнительного соотнесения цифры с соответствующей структурой точек (печати на письме) служит смысловой связкой для перехода к следующему заданию.

Сложение и вычитание на наглядном материале. Запись примеров в математической форме.

1) П.: Письмо, которое принес почтальон, было от «тройки» — она приглашала Бима и Бома на пикник.

П. раздает детям бланки с заданием (рис. 7): Видите, на картинке поляна, расстелена скатерть, на ней — угощение. Но тройка хотела, чтобы всего вокруг было по 3: чашек, конфет, мороженого, грибов, цветов, ягод, яблок, елочек. Давайте дорисуем недостающее и зачеркнем лишнее.

А теперь посмотрите на таблички сверху: слева нарисовано то, чего не хватает. Сколько вы дорисовали елочек? (1). Напишите цифру 1 рядом с елочкой. А сколько порций мороженого, конфет, ромашек?

Дети вписывают соответствующие цифры.

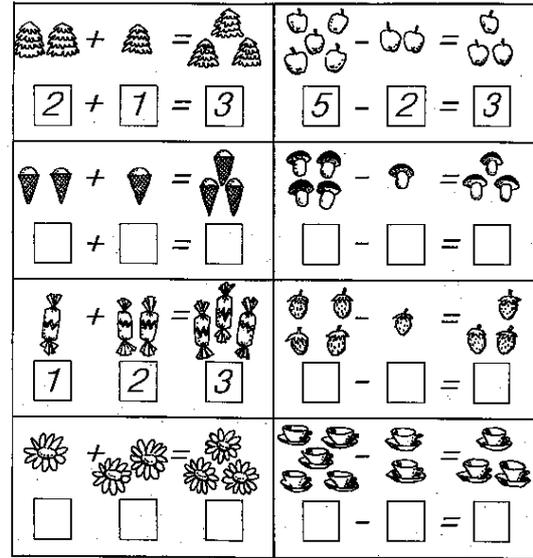


Рис. 8. Задание к занятию 10.

П.: все это мы прибавляли. В математике это обозначается специальным знаком, «+», он написан вверху таблицы. Раскрасьте знак красным цветом.

Аналогично выполняется левая таблица, знак «-» дети раскрашивают синим.

2) П. раздает детям бланки с заданием (рис. 8): когда мальчики поняли, что значит прибавлять и убавлять, они захотели научиться записывать эти действия так, как принято в стране математике. Например, если к двум елочкам прибавили одну — стало три елочки. В стране математике вместо того, чтобы рисовать елочки, пишут цифры. Вместо слова «прибавили» пишут знак «+», вместо слова «стало» — знак «=». Получается пример: $2+1=3$. А как записать пример с мороженым?

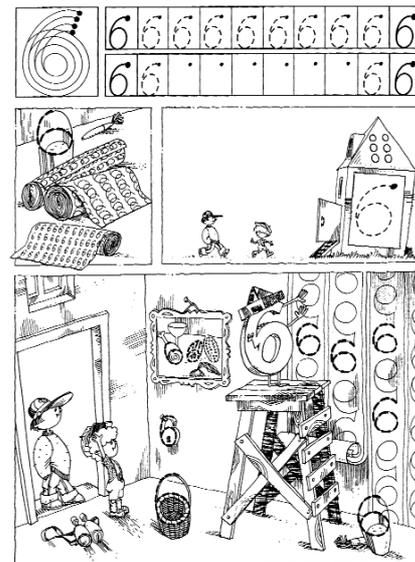


Рис. 9. Задание к занятию 10.

Дети выполняют задание с мороженым и грибами. Остальное предлагается сделать дома.

3) П. раздает детям бланки с заданием (рис. 9): после пикника мальчики отправились к цифре «шесть», или к «шестерке». Цифра 6 оклеивала обоями стены в своем доме. Мальчики вызвались ей помочь, а заодно стали учиться правильно писать цифру 6.

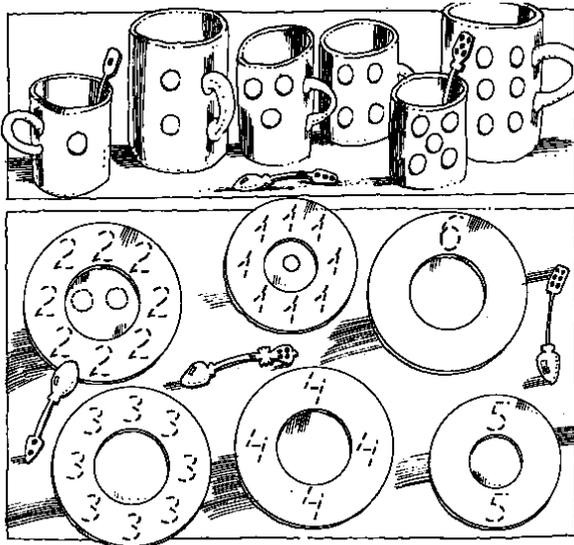


Рис. 10. Задание к занятию 10.

Задание выполняется по той же схеме, что и предыдущие задания с цифрами.

Соотношение числа и количества, изображение структур точек.

1) П. раздает детям бланки с заданием (рис. 10): когда обои были поклеены, цифра 6 пригласила Бима и Бома на чаепитие. Она любила угощать своих соседок-цифр чаем и для каждой у нее была своя чашка, тарелочка и ложка.

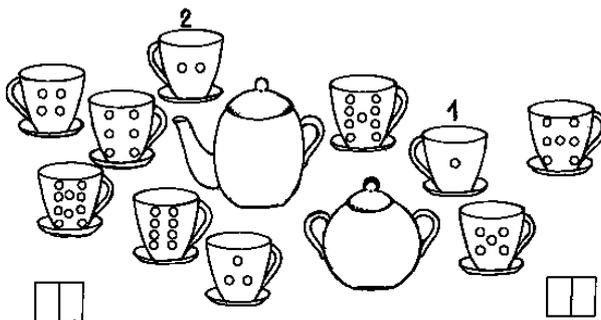


Рис. 11. Задание к занятию 10.

П.: кто нашел чашку для цифры 1? (с одним кружочком). А где ее ложка? (в чашке, на ложке одна точка). А где тарелка? (с кружком посередине, с единичками на ободке). Раскрасьте красным фломастером кружочек на чашке и тарелке, обведите точку на ложке и цифры 1 на тарелке. Соедините линией чашку с ложкой и тарелку.

Подобным же образом дети раскрашивают остальные чашки, тарелки и ложки и соединяют линиями каждый «комплект». Для каждой цифры берется свой цвет.

Часть задания остается на дом.

(Обратите внимание, что задание построено с последовательным усложнением: на тарелках с цифрами 1, 2, 3 цифры надо только обвести по пунктиру, а на других тарелках — не только обвести, но и дорисовать — на каждой тарелке должно быть по 8 цифр).

2) П. раздает детям бланки с заданием (рис. 11): вот еще один набор чайной посуды, здесь чашек еще больше, а рисунок на них вам уже хорошо знаком. Над чашкой с одним кружочком стоит цифра 1, с двумя — 2, где нужно написать цифру 3? (над чашкой с тремя точками). Раскрасьте кружочки на чашках и проставьте по порядку цифры над каждой чашкой. Сколько получилось чашек? (10). Напишите цифру 10 внизу слева, в прямоугольнике.

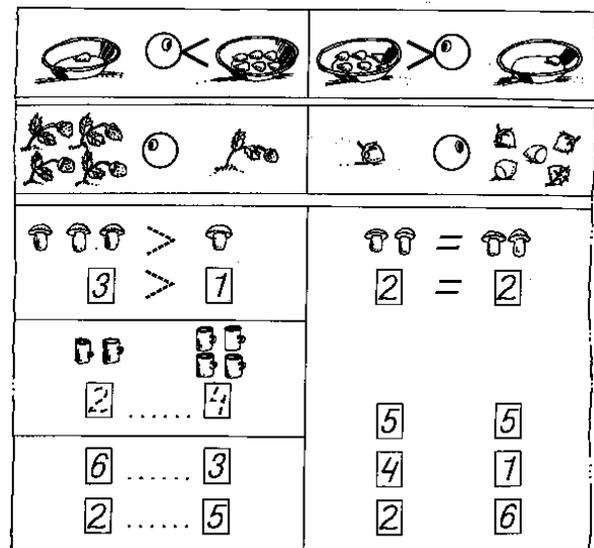


Рис. 12. Задание к занятию 10.

П.: ложечек на этом рисунке нет, зато нарисована еще какая-то посуда. Какая? (чайник и сахарница). Чем отличаются эти два предмета? (у чайника носик и ручка, у сахарницы две ручки). В прямоугольнике спра-

ва напишите, сколько всего предметов посуды на рисунке (12).

Разминка.

П. рисует на доске три квадрата, вызывает одного из детей и дает задание «превратить» эти квадраты в чайник, сахарницу и кружку.

(Можно вызвать к доске сразу нескольких детей, нарисовав для каждого по три одинаковые фигуры. Кроме квадратов, можно использовать прямоугольники или «бочонки»).

Понятия «больше», «меньше», «равно». Изображения соответствующих знаков.

1) П. раздает детям бланки с заданием (рис. 12): *цифра 6 любила угощать не только соседок-цифр, но и птичек в своем саду. Для этого у нее были специальные тарелочки, в которые она насыпала зернышки. Посмотрите на верхнюю картинку, сколько зернышек в тарелочках?* (В одной шесть, а в другой — одно). *Прилетела птичка. В какую сторону она раскрыла свой клюв?* (В ту, где больше зернышек). *Птичка всегда открывает клюв в ту сторону, где больше еды. Попробуйте дорисовать клюв у птички на картинках с ягодами и орехами.*

П.: *теперь отложите ваши листки в сторону.*

П. раздает детям по 2 «тарелки» (круги из белой бумаги) и по две счетные палочки: *Из этих палочек можно сделать птичий клюв. Я насыплю в ваши «тарелочки» зерна, а вы «раскройте птичий клюв» в нужную сторону.* П. кладет каждому ребенку на «тарелки» неравное количество «зерен» (от 1 до 6), дети расставляют соответствующим образом палочки. Задание повторяется несколько раз, с разными вариантами соотношения зерен, чтобы дети «поворачивали клюв» то в одну, то в другую сторону.

П. собирает «тарелки» и палочки.

П. рисует на доске знак «больше-меньше» в обе стороны: *в математике, когда хотят показать, что чего-то больше или меньше, рисуют только «клюв» — этот знак так и называется: «больше-меньше». Возьмите ваши листки и доделайте задания, сперва с грибами, чашками и самое нижнее слева. Видите, можно не рисовать картинки, а просто написать цифры: 6 больше, чем 3, а 2 меньше, чем 5.*

Теперь посмотрите на картинку справа: грибов нарисовано по два и слева и справа — птичка не знает, куда ей раскрыть клюв. В этом случае пишут знак «=», он называется «равно»; помните, мы писали уже этот знак, когда решали примеры на пикнике у «тройки». Подумайте, какие знаки надо поставить в последних трех примерах.

Завершающий организационный момент.

Домашнее задание: доделать бланки с заданиями (рис. 1, 3, 5, 8, 10).

ЗАНЯТИЕ 11.

Задачи.

1) Дать детям представление о составе числа.

2) Отрабатывать навык написания цифр 7, 8, 9, 0. Закрепить навык написания ранее пройденных цифр.

3) Закрепить понимание соотношения числа и количества. Продолжить развитие восприятия и навыка изображения количества, представленного в виде структур точек или других «единиц».

4) Развивать произвольное внимание, графические навыки, зрительно-моторную координацию.

5) Продолжить обучение детей записи и решению элементарных примеров на сложение и вычитание. Ввести понятие деления на два на наглядном материале.

Материалы.

- фломастеры для бумаги и доски, простые карандаши;

- однокопеечные монетки (по несколько штук на каждого ребенка);

- магнитные цифры;

- палочки из плотного материала (картон, пластмасса, дерево) двух размеров (короткие и более длинные) — по несколько штук для каждого ребенка;

- счетный материал (одинаковые кружки из плотного материала – 2-3 см. в диаметре – окрашенные с разных сторон в контрастные цвета);

- бланки с заданиями (рис. 13–22).

Ход занятия.

Организационный момент.

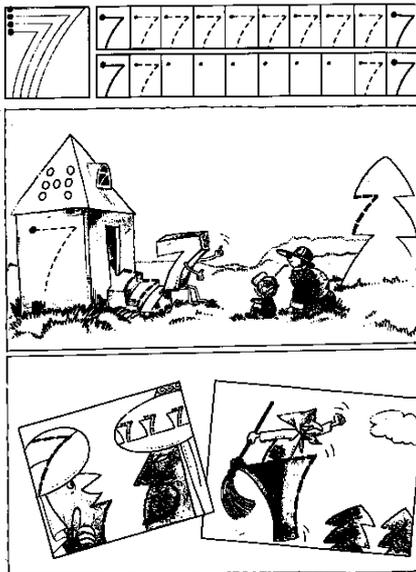


Рис. 13. Задание к занятию 11.

Графемы цифр 7 и 0. Соотношение числа и количества.

1) П. раздает детям бланки с заданием (рис. 13): после знакомства с «шестеркой» Бим и Бом отправились к цифре 7. Семерка очень любила сказки, и сразу принялась их рассказывать Биму и Бому. На сказочных картинках внизу вашего листа спрятались семерки. Увидели их? Но прежде всего давайте научимся писать цифру 7 правильно.

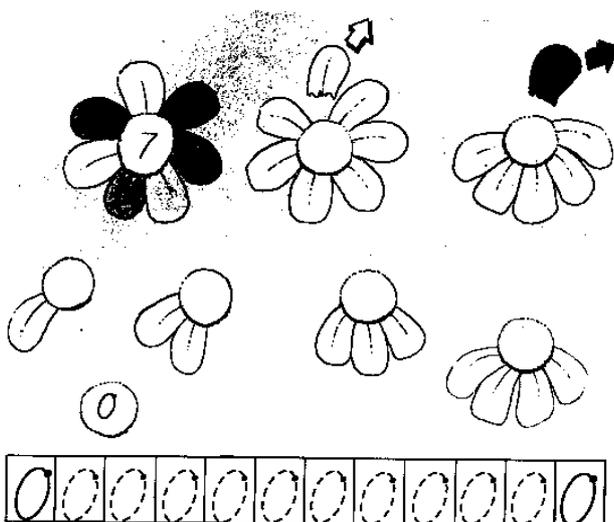


Рис. 14. Задание к занятию 11.

Задание выполняется по той же схеме, что и предыдущие задания с цифрами. Часть задания остается на дом.

2) П. раздает детям бланки с заданием (рис. 14): самой любимой сказкой семерки была сказка о цветике-семицветике. Кто знает эту сказку?

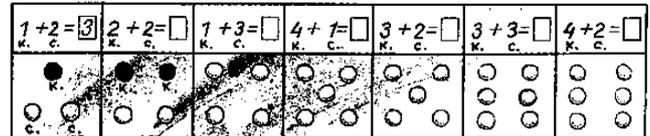


Рис. 15. Задание к занятию 11.

П. с детьми вспоминают сказку, кратко рассказывают основное содержание.

П.: на ваших бланках нарисован как раз цветик-семицветик. Вначале у него были все лепестки — 7 штук. В серединке этого цветочка написана цифра 7. Потом девочка Женя оторвала один лепесток — сколько лепестков осталось? (6). Напишите в серединке этого цветка цифру 6 (и т. д.). Дети вписывают цифры в соответствии с количеством лепестков, пока не доходят до цветка без лепестков.

П.: А если лепестков совсем не осталось? Какую цифру надо написать? Для этого случая существует цифра «ноль», которая означает, что совсем ничего нет. А пишется эта цифра довольно просто. На что она похожа? (На овал, на букву «о»).

Дети обводят нижнюю строчку. П. обращает их внимание, что начинать надо от точки.

Состав числа 5.

П. раздает детям бланки с заданием (рис. 15): Бим и Бом после знакомства с цифрами 7 и 0 решили поиграть в камешки. Они собрали красные и синие камешки и стали выкладывать их разными фигурами, а потом записывать примеры так, как это принято в стране Математика. Посмотрите, на первой картинке один камешек красный, а два других — синие. Всего 3 камешка. Так Бим и Бом и записали: $1 + 2 = 3$. Посмотрите на другие картинки, раскрасьте камешки так, как это записано в примере наверху, напишите ответ в пустой клетке.

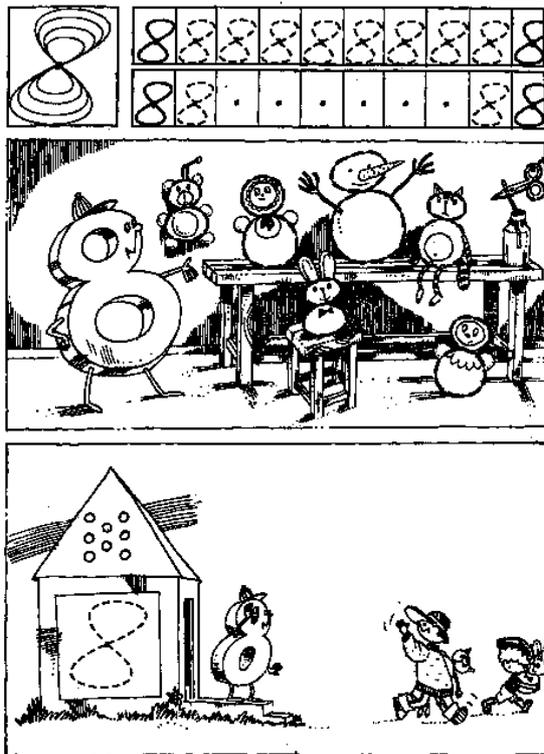


Рис. 16. Задание к занятию 11.

П. помогает детям выполнить 1-2 примера. Остальное предлагается доделать дома.

Разминка

П. раздает детям копеечные монеты, по 5 каждому.

П.: Положите монетки на стол так, как мы рисуем 5 точек.

Далее П. подходит к каждому ребенку и забирает у него сколько-то копеек, оставляя на столе знакомую структуру «точек», например, 2 копейки забирает, 3 оставляет. П.: ты потратил 2 копейки, сколько у тебя осталось?

Если дети справляются с заданием, можно дать другой вариант. П. забирает все 5 монет, произвольно разделяет их на 2 части и прячет в кулаках обеих рук. Потом раскрывает одну руку: в одной руке у меня 3 копейки, а сколько в другой? (Другая ладонь закрыта).

Графемы цифр 8 и 9.

1) П. раздает детям бланки с заданием (рис. 16): *наигравшись в камешки, Бим и Бом отправились в гости к следующей цифре — 8, или «восьмерке». Цифра 8 мастерила забавные игрушки. Посмотрите, во всех них можно отыскать восьмерку. Давайте научимся писать цифру 8 правильно.*

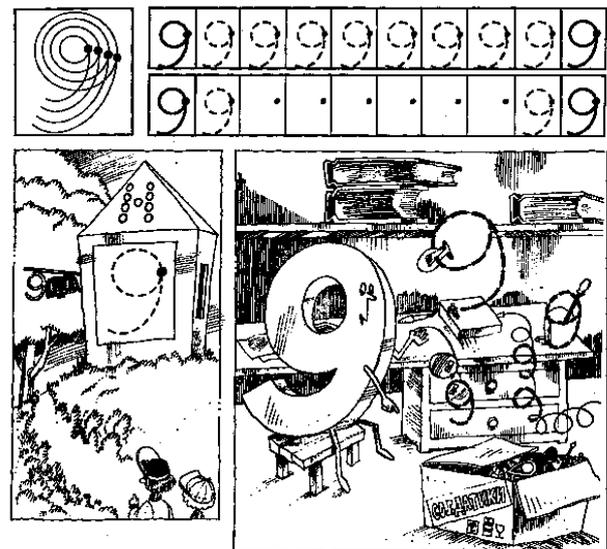


Рис. 17. Задание к занятию 11.

Задание выполняется по схеме предыдущих. Часть задания можно оставить на дом.

(Цифра 8 — одна из наиболее сложных в графическом отношении. Поэтому для усвоения ее написания обычно требуется дополнительное время с тренировкой у доски, многократной обводкой, усвоением направления написания с помощью макродвижений руки по воздуху и пр.).

2) П. раздает детям бланки с заданием (рис. 17): *после восьмерки Бим и Бом отправились к последней цифре — 9, или «девятке». Это была ученая цифра, она писала книгу о стране Математика и была очень занята. Мальчики решили ей не мешать и стали сами учиться правильно писать цифру 9. Посмотрите, как это нужно делать.*

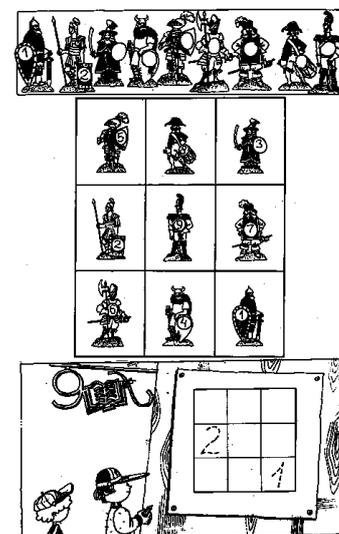


Рис. 18. Задание к занятию 11.

Задание выполняется по схеме предыдущих. Часть задания можно оставить на дом.

(Цифра 9 также является графически сложной, поэтому отработке ее написания уделяется дополнительное время).

Закрепление навыка написания цифр. Развитие графических навыков, зрительно-моторной координации, пространственных представлений. Соотношение числа и количества. Узнавание и изображение чисел в виде структур точек или других элементов.

1) П. раздает детям бланки с заданием (рис. 18): так как девятка была очень занята, она предложила мальчикам самим поиграть в солдатики. У девятки была прекрасная коллекция солдатиков из разных стран. Бим и Бом с радостью согласились.

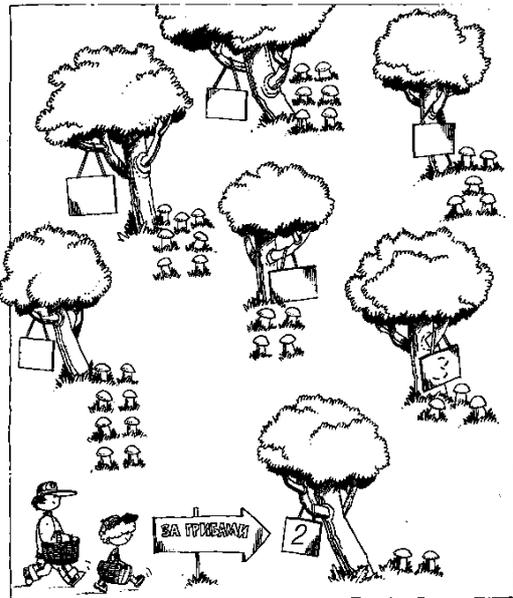


Рис. 19. Задание к занятию 11.

П.: Сначала они выстроили всех солдатиков в ряд — вот они вверху ваших бланков. Напишите на солдатах цифры по порядку. Затем Бим и Бом развели солдат по постам (таблица в середине). Обведите номера у солдат красным цветом, начиная с первого. Чтобы запомнить расположение постов, Бим и Бом решили составить план — давайте им поможем (таблица внизу). Напишите в табличке номера солдат по порядку от 1 до 9.

2) П. раздает детям бланки с заданием (рис. 19): Наигравшись в солдатики,

мальчики попрощались с девяткой и пошли в лес за грибами. Грибов было много и все они росли под деревьями. Мальчики шли от дерева к дереву и под каждым следующим находили на один гриб больше, чем под предыдущим. Напишите на табличках, висящих на ветках деревьев, сколько грибов под каждым деревом. Нарисуйте путь, по которому шли Бим и Бом.

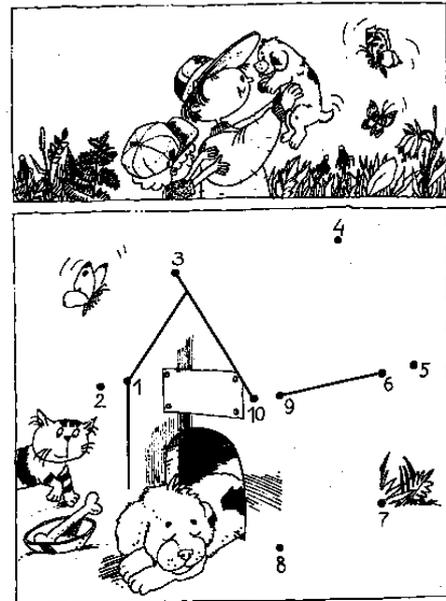


Рис. 20. Задание к занятию 11.

3) П. раздает детям бланки с заданием (рис. 20): Выйдя из леса, Бим и Бом увидели на опушке маленького щенка. Они решили построить для него будку. Помогите им: соедините по порядку прямыми линиями точки рядом с цифрами, от 1 до 10. Давайте придумаем щенку имя и напомним на табличке.

1	7	4
2	3	5
6	8	9
0		

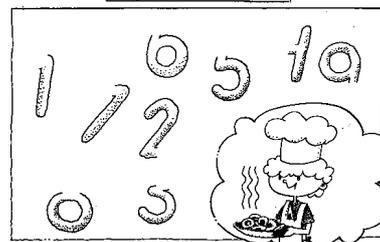


Рис. 21. Задание к занятию 11.

4) П. раздает детям бланки с заданием (рис. 21): *Итак, Бим и Бом познакомились со всеми цифрами, жившими в стране Математика, и пора было возвращаться домой. Они решили уплыть на корабле. Но перед отплытием Бим и Бом захотели приготовить угощение для своих новых друзей-цифр. Они решили испечь печенье в форме цифр. Посмотрите на верхнюю часть вашего бланка.*

П.: *Оказывается, некоторые цифры можно сложить из палочек. Какие? (1, 7, 4). Обведите эти цифры желтым цветом. А некоторые цифры состоят из половинок круга и палочек (2, 3, 5). Эти цифры обведите красным. Есть цифры, которые состоят из кругов и крючков (6, 8, 9). Обведите эти цифры коричневым. А цифра 0 не похожа на другие, она, как овал; обведите ее зеленым.*

Отложите на время ваши бланки, и давайте попробуем складывать цифры из кусточков.

Разминка

П. раздает детям палочки 2-х размеров, по 3-4 каждому: *Попробуйте сложить те цифры, которые состоят из палочек.*

(Можно смотреть на образец на бланке).

П. забирает у детей палочки.

П.: *Возьмите опять бланки с заданием. Внизу Бим и Бом уже лепят печенье из теста. Помогите им: дорисуйте палочки, крючки, половинки круга и кружочки. Посмотрите внимательно, может какой-нибудь цифре не хватило печенья? Дорисуйте его.*

Выполните это задание дома. Когда нарисуете печенье, раскрасьте его теми цветами, которыми вы обводили цифры: получится лимонное, клюквенное и шоколадное печенье; печенье для цифры 0 будет яблочным.

5) П. раздает детям бланки с заданием (рис. 22): *из оставшегося теста мальчики выпекли квадратное печенье. Изюмом они выложили на каждом печенье узоры, подходящие для каждой цифры (верхняя часть бланка). Подпишите в клеточках под печенем нужные цифры.*

П.: *Печенья было много, и Бим сложил из него целый торт. Для красоты он покрыл изюм разноцветной глазурью. Раскрасьте точки на печенье разными цветами, сначала на печенье с одной точкой, потом с двумя и т. д.*

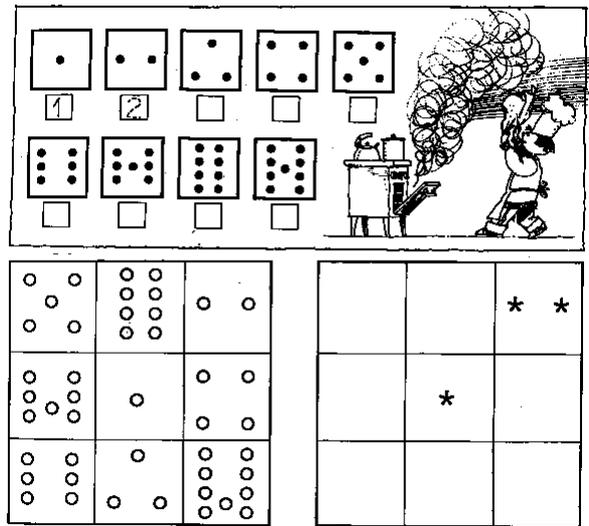


Рис. 22. Задание к занятию 11.

Бом решил сделать такой же торт, только вместо разноцветной глазури взял голубой крем и стал рисовать им снежинки на тех же местах, где на торте Бима были разноцветные изюминки. Помогите ему доделать торт.

Задание остается на дом.

Завершающий организационный момент.

Домашнее задание:

доделать бланки с заданиями (рис 13, 14, 16, 17, 21, 22).

РИТМИКА

Задачи:

- 1) Учить умению двигаться в разном темпе – быстро и медленно, менять темп и характер движений в соответствии с изменениями темпа мелодии.
- 2) Закреплять умение расслаблять определенные группы мышц.
- 3) Учить ритмично выполнять движения, сочетая их с ритмом стихов.
- 4) Учить быстро реагировать на сигнал изменением движения, действием.
- 5) Закреплять умение двигаться, подражая животным.

ЗАНЯТИЕ 13.

Материалы и атрибуты:

- колокольчик;
- пилотки для детей, сложенные из газет (чтобы пилотка держалась на голове, к ней желательнее прикрепить резинку);

- один султанчик;
- резиновая игрушка с пищалкой;
- мяч.

Музыкальное сопровождение: «Полька» – С.Рахманинов, «Песенка о ремонте» муз. В.Шаинского.

Ход занятия

Звонок колокольчика, построение.

Приветствие. Полька.

Упражнения на расслабление: повторение комплекса упражнений, пройденных на предыдущих занятиях (см. 1-12 занятия).

Ритмические упражнения:

1. П. предлагает детям ритмично хлопать в ладоши, напевая песенку:

*По-хло-па-ем в ла-дош-ки,
По-хло-па-ем не-множ-ко,
По-хло-па-ем в ла-дош-ки –
О-чень хо-ро-шо!*

П. следит, кто из детей сбивается с ритма, и помогает тем детям, кто не справляется. П. может помочь ребенку, похлопывая по его коленке или взяв руки ребенка в свои ладони и хлопая за него.

2. П. прохлопывает простые ритмы из 3-х – 4-х ударов, которые дети должны повторить.

Игра «Пантомима»

П. предлагает детям загадывать друг для друга загадки-пантомимы, в которых они показали бы, чем помогают маме по дому (например, подметать пол, мыть посуду и т.п.).

П.: Молодцы, ребята! Вы растете настоящими помощниками своим родителям!

Танец маляров

Прослушивание песни В.Шаинского «Песенка о ремонте».

П.: *Давайте представим, что мы решили помочь родителям отремонтировать квартиру. Что мы сделаем сначала?... Поднимем руки вверх, потянемся к потолку и покрасим его белой краской (разнонаправленные движения кистями рук вперед-назад над головой, имитирующие покраску потолка). Теперь покрасим стены: потянемся правой рукой к одной стене (ладонь раскрыта, кончики пальцев направлены вверх, ладошкой как бы касаемся стены), а теперь левой рукой к другой стене (при этом вес тела переносится на*

соответствующую ногу, и опорная нога переходит в положение полуприседа). *Теперь нам нужно размотать обои (руки согнуты в локтях, локти направлены в стороны, кисти рук перед собой, вращательные движения руками относительно друг друга, имитирующие раскручивание – «моталочка») и наклеить обои на стены (потянуться вверх руками и, как будто проводя ладонями по стене сверху вниз, опустить руки до пола, переходя в положение приседа). Осталось натереть пол (шаркающее движение ногой по полу вперед-назад) и прибить крючки на стену для одежды (кисти рук сжаты в кулаки на уровне глаз, правым кулаком постучать по левому).*

П. рассказывает, что люди, занимающиеся ремонтом, обычно надевают на голову пилотки, сделанные из газет, и предлагает детям надеть бумажные шапочки.

Описание движений

И.П. – стоя врассыпную, правая рука согнута в локте, кулак у плеча (держит малярную кисть), левая – на поясе.

Вступление: высокий бег врассыпную. С концом вступления остановиться.

1 фигура

1 куплет

Запев:

Мы побелим потолок... - руки вытянуты вверх, обеими руками имитировать движения «красим потолок»

В доме каждая стена... – тянуться вправо-влево за руками, перенося вес тела с правой на левую ногу – в соответствии с ритмом музыки на каждый счет.

На повторение слов быть – правая рука вперед,

дол- – левая рука вперед,

-жна – руки на пояс, 2 «пружинки».

Припев:

1 фраза – 2 раза правую ногу на пятку на прыжке и в И.П. Руки одновременно раскрываются ладонями вперед и в И.П.; затем то же левой ногой;

2 фраза – повторение движений 1 фразы;

3-4 фразы – кружение на подскоках на месте, руки внизу энергично двигаются;

5 фраза – несколько мелких шагов к центру, руки плавно вверх, на акцент в конце фразы – притоп правой ногой и хлопок в ладоши;

6 фраза – несколько шагов спиной назад в круг, руки плавно вниз, на акцент в кон-

це фразы так же притоп правой ногой и хлоп в ладоши;

8 фраза – то же влево.

Проигрыш: бег высоким шагом по кругу.

2 фигура

2 куплет

И.П. – стоя лицом к центру, руки вниз.

Запев:

1 фраза – правую ногу на пятку, наклон туловища к правой ноге, «моталочка» – вращательные движения согнутыми в локтях руками вправо-вниз;

2 фраза – то же движение повторяется в другую сторону;

3 фраза – руки вверх, встать на носки, затем присесть, опустив руки к полу;

4 фраза – повторить движение 3-й фразы.

На слово Ве- – правая рука вперед, -се- - левая рука вперед, -лей – руки на пояс, две «пружинки».

Припев и проигрыш – движения повторяются, как в 1-й фигуре.

3 фигура

3 куплет

Запев:

1 фраза – имитация движений «натирка пола» – энергичные скользящие движения правой ногой, кисти, сжатые в кулаки, двигаются синхронно с ногой вдоль тела;

2 фраза – то же левой ногой.

3-4 фразы – имитация движений «забиваем гвозди».

На слова Гвоздь, гвоздь, гвоздь – энергичные удары одним кулаком по другому.

Припев и проигрыш: движения повторяются.

4 фигура

Повторение движений 1-й фигуры.

Игра

Дети стоят или сидят в кругу. У одного из них в руке султанчик. Когда звучит музыка (любая мелодия в быстром темпе), дети начинают передавать султанчик по кругу. Внезапно П. издаст пищальный звук резиновой игрушкой, и дети должны изменить направление движения султанчика по кругу.

Заключение: П. бросает по очереди каждому ребенку мяч, спрашивая, что было на уроке.

Поклон.

ЗАНЯТИЕ 14.

Материалы и атрибуты:

- колокольчик;
- пилотки из газет;
- султанчик;
- резиновая игрушка с пищалкой.

Музыкальное сопровождение:

«Полька» – С.Рахманинов, «Песенка о ремонте» муз. В.Шаинского.

Ход занятия

Звонок колокольчика, построение.

Приветствие. Полька.

Упражнения на расслабление: повторение комплекса упражнений, пройденных на предыдущих занятиях (см. 1-12 занятия).

Ритмические упражнения:

1. Прохлопывание ритма стихотворения:

*Пе-ту-шок, пе-ту-шок –
Зо-ло-той гре-бе-шок!
Что ты ра-но вста-ешь,
Го-ло-сис-то по-ешь,
Дет-кам спать
Не да-ешь?*

Повторение и закрепление ритмических упражнений 1 и 2 из занятия 13.

Танец маляров: закрепление движений танца.

Игра «Пантомима».

Игра с султанчиком (см. занятие 13).

Поклон.

ЗАНЯТИЕ 15.

Материалы и атрибуты:

- колокольчик;
- пилотки из газет;
- султанчик;
- резиновая игрушка с пищалкой.

Музыкальное сопровождение: «Песенка о ремонте» муз. В.Шаинского, болгарская плясовая мелодия «Кремена» муз. А.Арскос.

Ход занятия

Звонок колокольчика, построение.

Приветствие. Танец маляров.

Упражнения на расслабление: повто-

рение.

Ритмические упражнения:

Прохлопывание ритма стихотворения:

*Ан-дрей-во-ро-бей,
Не го-няй го-лу-бей,
Го-няй га-ло-чек
Из-под па-ло-чек...*

Повторение и закрепление ритмических упражнений (см. занятия 13 и 14).

Танец «Кремена»

Прослушивание музыки, беседа о характере мелодии, свободная импровизация детей. Далее П. предлагает разучить простую композицию под эту мелодию.

В музыке выделяются две части, которые 3 раза сменяют друг друга.

1 фигура

И.П. – дети стоят в кругу, держась за руки.

1 часть – бег по кругу

2 часть – три хлопка в ладоши перед собой, на четырех шагах повернуться спиной в центр круга; три хлопка в ладоши перед собой, повернуться обратно лицом в круг (повторить 2 раза).

2 фигура

1 часть – бег врассыпную, и в конце музыкальной фразы найти себе пару;

2 часть – 3 хлопка по ладоням партнера, на четырех шагах отвернуться друг от друга и встать спинами; в полуприседе три хлопка двумя руками по коленям, повернуться лицом к партнеру (повторить 2 раза).

3 фигура

1 часть – кружение в парах, держась за руки, на конец музыкальной фразы встать лицом в круг.

2 часть – три хлопка в ладоши перед собой, на четырех шагах повернуться спиной в центр круга; три хлопка в ладоши перед собой, повернуться обратно лицом в круг (повторить 2 раза).

Игра: дети встают в пары. Под танцевальную мелодию пары начинают кружиться на подскоках. Когда П. издает пищущий звук резиновой игрушкой, дети должны поменяться парами, и танец продолжается.

П. предлагает детям повторить любую игру по их желанию.

Поклон.

ЗАНЯТИЕ 16.

Материалы и атрибуты:

- колокольчик;

- шапочки – маски зверей к сказке «Заюшкина избушка»;

- бумажные пилотки.

Музыкальное сопровождение: «Песенка о ремонте» муз. В.Шаинского, болгарская плясовая мелодия «Кремена» муз. А.Арскос, фрагменты мелодий, соответствующие характерам персонажей сказки «Заюшкина избушка» (заранее подбираются педагогом).

Ход занятия

Звонок колокольчика, построение.

Приветствие. Танец маляров.

Упражнения на расслабление: повторение.

Ритмические упражнения:

Тук, тук мо-лот-ком –

Мы пос-тро-им но-вый дом.

Тук, тук мо-лот-ком –

По-се-ляй-тесь птич-ки в нем.

Кулачком одной руки стучать сверху по кулачку второй руки по два раза и менять руки (сверху то правая, то левая).

Повторить упражнения занятий 13-15.

Инсценировка сказки «Заюшкина избушка» (предварительно П. подбирает соответствующие фрагменты мелодий, родителям заранее дается задание прочитать детям сказку).

Звучат музыкальные фрагменты, дети пытаются угадать, какому персонажу сказки может принадлежать тот или иной фрагмент, ребята стараются изобразить как двигаются животные. П. распределяет роли и раздает детям шапочки-маски. Затем П. говорит слова от имени автора, каждый персонаж сказки выходит под соответствующую мелодию и говорит слова от имени своего героя. Таким образом, разыгрывается сюжет сказки. П. проводит беседу о том, какое настроение у персонажей в той или иной сцене, побуждает детей отражать настроение в характере движений, в интонации.

Танец «Кремена»: закрепление.

Игра: повторение игр по желанию детей.

Поклон.

ЗАНЯТИЕ 17.

Материалы и атрибуты: колокольчик, шапочки – маски зверей к сказке «Заюшкина избушка», бумажные пилотки.

Музыкальное сопровождение: «Песенка о ремонте» муз. В.Шаинского, болгарская плясовая мелодия «Кремена» муз. А.Арскос, фрагменты мелодий соответствующие характерам персонажей сказки «Заюшкина избушка»

Ход занятия

Звонок колокольчика, построение.

Приветствие. Танец маляров.

Упражнения на расслабление: повторение.

Ритмические упражнения:

1. П. проводит беседу с детьми о приближающемся празднике 8 Марта.

Детям предлагается прохлопать стихотворение, а затем промаршировать, проговаривая слова:

Мы и-дем с цве-та-ми,

Мы не-сем их ма-ме.

Повторить пройденные ритмические упражнения.

Танец «Кремена».

Инсценировка сказки «Заюшкина избушка».

Игра «Пантомима»: как мы помогаем маме...

Игра с султанчиком.

Поклон.

ЗАНЯТИЕ 18.

Подготовка к утреннику, посвященному 8 Марта.

Повторение, закрепление.

Из дневника социального адвоката*

РЫСКИНА В.Я.

... Бог избрал немудрое мира, чтобы посрамить мудрых, и немощное мира избрал Бог, чтобы посрамить сильное, и незнатное мира и униженное и ничего не значащее избрал Бог, чтобы упразднить значащее, для того, чтобы никакая плоть не хвалилась пред Богом.

1 Кор. 1, 27-29

Социальный адвокат... А зачем?

Социальным адвокатом мне пришлось стать, очень смутно представляя, что это такое. Знала, что есть такая новая форма правовой помощи инвалидам, беженцам, жертвам войны и прочим социально уязвимым и малоимущим нашим согражданам, помощи, которая оказывается им бесплатно и позволяет преодолевать бюрократические препоны при восстановлении нарушенных прав. Естественно, что к категории особо нуждающихся в поддержке и защите относятся и «особые» дети, которых приводят за ручку, привозят на инвалидных колясках или приносят на руках в наш Центр лечебной педагогики, где специалисты занимаются их реабилитацией.

Странная деталь: в объявлениях о наборе слушателей на курсы социальных адвокатов, которыми изобилует интернет, иногда встречается такая оговорка: желательно высшее образование, кроме юридического! В чем смысл такого странного требования (ведь юридическое образование в правозащитной деятельности может только помочь, но уж никак не помешать)? Я могу объяснить это только тем, что организаторы курсов стремятся преодолеть привычное для нашего общества правовое мышление, диктующее приоритет соображений «государственной пользы» над личными интересами граж-

дан. Вспоминается возмущенный возглас представителя Департамента социальной защиты во время слушания дела о выплате компенсации за реабилитацию пятилетнего мальчика-инвалида Глеба: почтенная дама выкрикнула, прерывая мое выступление в интересах его мамы: «Это ГОСУДАРСТВЕННЫЕ деньги!» – В ее представлении довод был чрезвычайно убедителен: интересы маленького Глеба меркли в сравнении с государственными интересами.

Итак, сейчас, когда прошло некоторое время, и можно осмыслить опыт работы в этом новом для меня и непривычном для родителей наших детей качестве, попытаюсь разобраться: в чем заключается назначение социального адвоката, и каков смысл его деятельности.

О том, насколько уязвима в правовом отношении эта категория наших граждан – люди, имеющие ребенка с тяжелыми нарушениями психического, а наряду с этим ча-



*Отрывок из статьи для сборника «Особое детство: шаг навстречу переменам», вышедшего в издательстве «Теревинф». Подробнее о сборнике читайте на с. 69.

сто и физического, развития, о том, с какими проблемами они сталкиваются с самого момента появления этих детей на свет, лучше всего расскажут их родные:

«При обследовании в консультативно-поликлиническом отделении детской психиатрической больницы зав. отделением сказал мне: «Ваша дочь – ошибка природы, ее надо отдать в интернат и родить другого малыша»».

«И вот эта женщина, психиатр, говорит мне: «Сдайте его в интернат, он для Вас потерянный ребенок». Представляете? Отдать! Моего ребенка! И это говорит врач! Я ее чуть не убила!»

«Вы меня осуждаете, наверное. Но ведь у нас не созданы условия для тех, кто не отказался от ребенка, особенно если папа бросает семью. На что жить? Да, я отдала дочку в интернат на пятидневку. А что делать? Мне же надо работать. У меня ведь на руках еще 80-летняя мать. Да, Катя каждый раз плачет, когда я ее отвожу после выходных в интернат, в машине цепляется за меня, целует мне лицо и руки – сказать не может, а понимаю, что просит не отдавать. Но у меня нет другого выхода!»

«Я решила отдать Саню в интернат. Не могу больше, надо воспитать хотя бы старшего, здорового. С мужем развелась, денег на Саню он не дает, любит только второго сына. По существу из-за Саньки и семья у нас распалась. Мне надо работать, а на что жить? Привезла в один интернат, говорю: «Только он у меня гиперактивный, всё бегаёт», а мне отвечают: «Ничего, привяжем к стулу – не побегаёт». Я забрала его и повезла в другой интернат. Там такого не говорили, сказали, что привыкнет. Я вначале забирала на выходные, но мне посоветовали: «Лучше не приезжайте, а то после выходных он еще три дня плачет. А так скорее забудет и привыкнет». Наверное, это правильно? Я сейчас не приезжаю. Конечно, мне тяжело, но нет условий, чтобы оставить его дома»

«На работе меня выживают. Пытаюсь удержаться, но ребенок часто болеет, кому нужно возиться с таким работником? Мне угрожают увольнением, требуют, чтобы я ушла сама»

«Обратиться к Вам меня заставляет крайне тяжелая семейная ситуация. Сыновья родились в тройне, все имеют проблемы со здоровьем, у Сережи они тяжелее всего (ги-

дроцефалия). Его мы пока не можем определить в детское учреждение, занимаемся восстановлением его здоровья дома. Уход за тремя такими детьми, при отсутствии бабушек и дедушек и при нашем материальном положении, чрезвычайно труден, силы и здоровье моей жены подорваны чрезмерными нагрузками и переживаниями, а в детсад двух других наших детей брать отказываются, т.к. у них ДЦП, хоть и в легкой форме. Но ведь они ходят и вполне могут посещать детсад!»

«Целый год ушел на переписку и хождения по инстанциям. Все было бесполезно. Доказать то, что ребенок обучаем, в своем городе я не могла. Дело в том, что у нас нет ни одного педагога, имеющего опыт работы с аутичными детьми. Нет классов даже в коррекционных школах. И только после обследования сына в Москве я привезла заключение: «Пишет письменными буквами слова, фразы, при этом отмечается абсолютная грамотность. Быстро складывает 2, 3-значные числа, дроби, решает простые уравнения. К математике проявляет интерес. Читает, любит музыку.»»

«Внучка моя ведь не ходит – дочь таскает ее на руках. А я говорю: «И сколько ты еще сможешь ее таскать? Она ведь растет, а ты уже больная, и я больной. И что будет дальше?» Все равно ребенок не видит, не говорит.. А она ничего слышать не хочет, для нее это, видите ли, самый дорогой ребенок!»

«Когда сыну было полтора года, мы узнали о Центре лечебной педагогики – уникальном месте, где помогают таким детям, с сочетанием тяжелых диагнозов. Но, для того чтобы попасть в ЦЛП, нужно было более года ждать, пока подойдет очередь, состоящая из таких же остро нуждающихся в помощи детей. И наконец в возрасте 2 года 10 мес. Кирюша попал в ЦЛП, и с ним по специально разработанной программе начали заниматься, индивидуально и на групповых занятиях, специалисты-дефектологи, психологи, врачи с применением лечебной физкультуры, музыкальной терапии, игротерапии и т.д. Результаты были очень ощутимыми: у сына появился устойчивый контакт с родными и педагогами; если раньше при попытках ввести его в групповые занятия он кричал и бил себя по голове, то теперь уже сам хотел быть рядом с людьми; он научился адекватно реагировать на словесную инструкцию, появились звуки речи, по которым родные могли

понять, чего он хочет. Мальчик стал самостоятельно есть, приучился к горшку, частично научился одеваться и раздеваться. Поведение его стало лучше регулироваться, и в целом моего ребенка сделали более адаптированным к жизни в этом мире.

Но пришло время получить компенсацию затрат на реабилитацию Кириюши, положенную нам по закону, и тогда началось это бесконечное изматывающее, безрезультатное хождение по ведомственным и судебным инстанциям, длящееся уже почти два года!»

Это только несколько типичных примеров тех проблем, с которыми родители приходят к социальному адвокату. Но бывает и очень много «нетипичных».

И все-таки: почему социальный адвокат? Ведь в Центре лечебной педагогики имеется квалифицированный юрист. Задумавшись над этим вопросом, я поняла, что своеобразие и значение взаимодействия родителей с социальным адвокатом заключается в следующем.

Социальный адвокат как не вполне типичный представитель...

Этот действительно пока не очень привычный представитель правового племени является связующим звеном между родителями и юристами. Уровень правовой грамотности у родителей обычно невысок, зачастую им трудно даже вникнуть в разъяснения юристов-профессионалов. Часто мы разговариваем с посетителем втроем, вместе с юристом. В последние годы на должность юриста в Центр приходили, как правило, молодые и симпатичные юноши и девушки, только что окончившие институт, грамотные, квалифицированные, но не всегда обладающие достаточным житейским опытом (что вполне естественно). Именно поэтому социальному адвокату иногда приходится исполнять роль своего рода «переводчика» в диалоге «юрист — родитель». Недостаточно вычленив из сбивчивого, взволнованного рассказа посетителя правовую коллизию и объяснить, что на этот счет говорит закон. Порой недостаточно даже терпеливо и неоднократно повторить непонятливой маме исчерпывающий ответ на ее вопрос. Важно вникнуть в возникающие у родителей сомнения, колебания, вместе с ними взвесить все «за» и «против». Не каждый готов вступить в

«движение Сопротивления», не все решаются идти на конфликт с чиновниками, от которых многое зависит в судьбах их детей. Что ж, это их право — избрать более или менее радикальный путь защиты прав ребенка. Но когда от получения консультации необходимо перейти к конкретным действиям по защите своих прав, мама «особого» ребенка ни в коем случае не должна оставаться один на один с бюрократической бездушной машиной. И уж тем более — быть одинокой, когда возникает необходимость отстаивать права ребенка в судебном порядке. Для наших родителей, как правило, исключена возможность участвовать в судебных процессах: не на кого оставить детей. Они не в силах ходить по инстанциям, просиживать часами под дверями важных начальников, обращаться в прокуратуру. Желательно, чтобы от этого их избавил общественный защитник.

При этом документы, которые составляются от имени родителей, должны не только быть безупречны с правовой точки зрения, — они обязаны донести до тех, к кому обращены, боль, обиду, разочарование, горечь — весь спектр чувств, которые приносят социальному адвокату его посетители.

И пусть некоторые из коллег-юристов с недоумением пожмут плечами — какие там еще чувства, существует определенная форма составления документов, — я уверена, что при оформлении материалов в суд социальному адвокату необходимо сделать сухой документ живым, внося в него хотя бы небольшую зарисовку, картинку из жизни человека и его ребенка. Мне хочется, чтобы для судьи эта мама не была «истцом Ивановой», а малыш, в интересах которого подан иск, — «Ивановым Г.М.». Нет, суд должен увидеть, что Иванова Н.И. — это мужественная, хрупкая, бесконечно преданная сыну Наташа, для которой ее тяжело больной ребенок — единственный свет в окошке и память об оставившем ее любимом человеке, а Иванов Г.М. — это смешной, улыбчивый, неговорящий, но с выразительной, «говорящей» мимикой Гошка, так много уже выстрадавший в свои четыре с половиной года.

У нас и практиковалось такое разделение функций с адвокатами-профессионалами высокого класса, оказывающими нам помощь в порядке «pro bono»: я направляла им живую фабулу конфликта, которая становилась частью строгого документа. Был у нас даже опыт включения в документ (кассацион-

ную жалобу или жалобу в порядке надзора) отсканированной фотографии ребенка. Мне казалось, что под взглядом этих глаз с пронумерованного листа гражданского дела даже члены коллегии судей Мосгорсуда, которые отводят на рассмотрение каждого дела по пять или десять минут, способны на минутку остановить безупречно отлаженный ход автоматического подтверждения вынесенных судами первой инстанции решений. Они должны посмотреть в эти детские глаза и вспомнить, что кроме статей действующих законов существуют еще никем не отмененные, хотя и очень древние заповеди: «Блаженны милостивые, ибо они помилованы будут», «Блаженны алчущие и жаждущие правды...» и еще многие-многие, о которых так легко забыть в водовороте важных дел и ответственных задач.

Несколько мыслей вслух, или о машине для судопроизводства

Наш Учитель знал, к каким двум заповедям возвести весь закон и пророков. Я с жаром исповедую их.

Аврелий Августин. Исповедь. Книга двенадцатая. XVIII. 27

Высказав мысль о наличии вечных заповедей, я чувствую, что здесь меня можно уловить на логическом противоречии: разве судьи при рассмотрении дела должны следовать не закону, а эмоциям – жалости, сочувствию?

Сразу вспомнились дебаты на эту тему с моим уважаемым сотрудником, который твердо указывал мне на очевидную и неоспоримую вещь: судья должен руководствоваться законом и только законом! Это единственно возможная позиция судьи, иначе что же получится – правовой хаос?! Все верно, дорогой коллега! Но, во-первых, я говорю: не вместо закона, а помимо закона... А во-вторых... Не могу удержаться от пересказа цитаты из «Отверженных» Гюго, которую очень люблю. В ней рассказывается, как образцовый слуга закона Жавер обнаруживает, что есть нечто превыше того правосознания, какое до сей поры служило единственным мерилом его поступков; что не все умещается в свод законов, что общественный строй несовершенен, власть подвержена колебаниям, нерушимое может разрушиться, закон может обмануться, трибуналы могут ошибаться и т.д.

И потом – я ведь смотрю, так сказать, «глазами социального адвоката» – пристрастными, уже неверными от близящейся старости глазами... Позвольте мне остаться при моем заблуждении! Я считаю, что доброта, житейская мудрость, способность к сопереживанию – качества, совершенно не лишние для людей, вершащих судопроизводство, для тех людей, от которых так зависят человеческие судьбы.

Ведь иначе функции судьи вполне могла бы осуществлять машина – один из тех умных роботов, которые сперва представляются непостижимому воображению писателей-фантастов, а потом, к изумлению как их самих, так и читателей, нередко оказывается, что все не так уж фантастично, а отчасти уже вполне научно.

Так вот, можно себе представить механизм, в который «закладываются» все имеющиеся доводы и доказательства по делу, всё это там тщательно перетряхивается и проверяется на предмет соответствия Закону, и в результате выдается единственно верное, фармацевтически выверенное решение. Но так мне не нравится! Не хочу!

У великого подвижника VII века святого Исаака Сирина есть такие слова: «Никогда не называй Бога справедливым. Если бы Он был справедлив, ты давно был бы в аду. Полагайся только на Его несправедливость, в которой – милосердие, любовь и прощение».

Если Господь, наш Высший Судья, милосерден при осуществлении Своего правосудия, то отчего бы и нам, грешным, не быть Его подражателями?

Вернемся к нашим задачам

Итак, как бы там ни было, поскольку суд у нас еще не «машинный» (хотя часто «механистичный»), социальный адвокат, представляя интересы ребенка-инвалида в суде, должен не дать «засушить» проблему, не позволить важным дядям и тетям за кипами бумаг перестать видеть конкретного малыша с его проблемами и конкретную маму с ее бедами и болью.

Другой важной задачей является популяризация правовых знаний, своего рода ликбез для родителей, неосведомленностью которых очень ловко пользуются чиновники. Типичный пример: молодая мама рассказывает, что при оформлении ребенку инвалидности ей вручили какие-то бумаги под названием «Индивидуальная программа реабили-

тации» (сокращенно – ИПР). Никто не потрудился объяснить, каково назначение этого важнейшего для ребенка документа, и лишь потребовали: «Расписывайтесь вот здесь, мамаша, что Вы смотрите, это не для Вас, это отнесете в поликлинику». В поликлинике маме сунули бумаги обратно: «Нам это не нужно, это Ваш экземпляр, храните у себя». Хорошо, что эта мама обратилась за разъяснениями в правовой отдел ЦЛП: теперь она сможет заставить эти, по мнению их составителей, «никому не нужные бумажки» работать во благо ее ребенка. А ведь кто-то послушно уберет ИПР в дальний ящик, и программа, назначение которой – разработка полного комплекса мероприятий для развития ребенка-инвалида и восстановления его способностей, останется и в самом деле только бесполезной бумажкой.

Еще одна функция социального адвоката: он призван быть «голосом» родителей, озвучивать их беды и проблемы там, где у них не хватает на это мужества и сил. Особенно это необходимо в судебном заседании, где многие родители от растерянности и волнения не только не способны внятно изложить суть своих требований, но иногда не в состоянии говорить вообще. Одна из мам рассказала: «Когда мне дали слово, я не смогла произнести ничего. Вспомнились все обиды, все хождения по кабинетам, равнодушие, раздражение, грубость чиновников, – я расплакалась, и всё». Конечно, само по себе это молчание для думающего и чувствующего судьи может быть красноречивее слов, но тем не менее судебное разбирательство предусматривает четкое и аргументированное изложение ситуации, потребовавшей судебного разрешения.

Общение с социальным адвокатом – это возможность для родителей поговорить с человеком «по душам», а не только по делу. Родители «наших» детей страшно травмированы, и как же хочется хоть немного снять с души этих людей груз их беды!

Обычно приходят на прием мамы, реже – папы, бабушки или дедушки. Они входят в маленькую комнатенку, которую я делю с двумя моими коллегами, застенчиво, как-то виновато, опускаются на краешек кресла, и требуется много улыбок и приветливых слов, чтобы дать посетителям почувствовать, что им рады. И тогда они смогут расслабиться и, вздохнув, начать свое повествование.

Вот и сегодня женщина зашла вроде

бы только для того, чтобы получить юридическую консультацию. Но через несколько минут становится ясно, что для измученной проблемами и тревогами мамы главное в данный момент – то, что внимательно и сочувственно выслушают ее рассказ про вчерашние приступы у малыша, про то, как она переживала, как было страшно, – ведь рядом нет никого больше, только она с сыночком, наедине со всеми бедами. Сейчас важно, чтобы эта мама поняла главное – она не одна.

Наличие у родителей электронной почты позволяет социальному адвокату общаться с теми, кто привязан к дому уходом за ребенком или живет в другом городе. Такая переписка очень важна, я верю в силу СЛОВА, дружественного, ободряющего, поддерживающего. Ведь даже в тех ситуациях, когда нет возможности помочь родителям в их проблемах правовым путем, помочь добрым словом мы можем и должны всегда!

Причем, вероятно, ни одному юристу родители не смогут писать на волнующие их, но далекие от правовых проблем темы, например:

«Как Вы считаете, почему меня наказал Бог? Я всегда старалась жить по совести. Почему у негодьяев рождаются здоровые дети, а у меня вот такое горе?»

«Знаете, на самом деле нам не в тягость все это было бы, мы любим его, но мы не можем того, что от нас не зависит – как он будет потом, когда нас не станет? Его будут обижать, а он не может защититься, неужто он будет доживать свой век в какой-нибудь нашей психиатрической больнице? Это ужасно. Только из-за этого я готов был бы куда-нибудь уехать, где общество гуманнее, и больницы другие, но только там мы тоже никому не нужны.»

«У меня вот какое сомнение: в Библии у пророка Иеремии сказано: «Проклят человек, который надеется на человека и плоть делает своей опорой, и которого сердце удаляется от Господа». И когда при отстаивании наших прав мы обращаемся за помощью к чиновникам, к суду, к Президенту и т.д., то ведь я уже превращаюсь из верующей в Бога в неверующую, т.е. верующую в людей! Вот и медицина для меня является сейчас очень сомнительной областью. Как Вы считаете, ведь это грех, наверное, что мы в болезни взываем не к Господу, а к врачам?»

«Почему после рождения Ксюши муж

замкнулся? Он не хочет даже играть с дочкой! Мне это очень обидно, я то чувствую себя виноватой, то срываюсь и ору на него. Боюсь, что наши отношения совсем испортятся. Что же делать?»

И как радостно бывает получать такие признания:

«Знаете, Ваше письмо повлияло на мое отношение к мужу просто удивительным образом. Действительно, ведь далеко не все мужчины способны играть со своими обычными, здоровыми детьми, и вообще нам обоим надо многому научиться. Оказывается, мой муж не так уж плох. Мы с Ксюшей действительно боимся его потерять. Из Вашего письма я отметила для себя то, что мне надо исправить, надеюсь, что у меня хватит сил это сделать, и все у нас будет хорошо».

Или: *«Прочитав письмо, я поверила, что дела моего ребенка не безнадежны, ведь перед вашими глазами проходят десятки детей. Это оказалось таким бальзамом на душу! И почерпнув из письма массу положительных эмоций, я с новыми силами ринулась в бой».*

Такая обратная связь очень поддерживает, а ведь в поддержке нуждаются не только «клиенты» социального адвоката, но и он сам – человек, ежедневно близко соприкасающийся с чужой бедой.

Очень радует и такое проявление доверия, как желание мамы показать дневниковые записки о ребенке, поделиться первым опытом творчества. Они ведь так талантливы, наши родители. Вот Катя Демкова написала по моей просьбе, как они с мужем выхаживали свою Машеньку, сколько изобретательности и стараний было приложено, для того чтобы девочка стала ходить. Получился замечательный живой рассказ, а когда я высказала маме свое восхищение, обнаружилось, что есть у Кати еще один рассказ о том, как Маша проходила курс реабилитации в дельфинарии, – и опять очень интересный. Его охотно приняли для публикации в журнал «Аутизм». Нашлись у способного, но скромного автора и другие очерки. Такое творчество родителей нужно всячески поощрять, ведь, помимо всего прочего, это еще и мощное средство для снятия стрессов, возможность расширить рамки повседневности, которые часто сужаются до размера детской кровати. Пиши, Катя, я жду новых твоих рассказов! Пишите, дорогие мамы и папы, знаю, что вам есть что рассказать о своем ребенке,

о том, как нужно преодолевать житейские испытания, о мужестве, доброте, горе и радости.

Еще одна важная функция социального адвоката – воздействие на общественное мнение, помощь в обретении людьми гуманных представлений об «особых» детях и вообще об особых людях.

Конечно, формирование общественного мнения – это задача на десятилетия, но все же мы в состоянии влиять и на этот процесс. Известно, какое мощное воздействие на отношение к людям с нарушениями психического развития оказала деятельность французского гуманиста и, можно сказать, святого нашего времени, Жана Ванье (в отношении некоторых людей такие определения, мне кажется, уместны еще при их жизни: разве вызывала сомнения святость матери Терезы или Антония Сурожского, Иоанна Павла II или брата Шарля де Фуко?).

Когда Жан Ванье и Мари-Элен Матье в 1971 году организовали паломничество в Лурд двенадцати тысяч человек, среди которых было четыре тысячи детей и взрослых людей с умственной отсталостью, – как изменил общественное сознание французов этот невиданный до тех пор поход! По Франции прошли, намеренно обращая на себя внимание окружающих, те, кого обычно прятали от посторонних глаз в силу их физического уродства или тяжелых психических отклонений. Вместе с родителями и своими новыми друзьями эти люди шли пешком в святое место – Лурд, и в пути происходило чудо человеческого общения и сострадания: к участникам необычной процессии подходили, а то и присоединялись незнакомые люди, они несли детям гостинцы, еду, учились общаться с ними. Это прекрасный опыт, и у него был маленький аналог в России – имевшее большой резонанс путешествие на электричках в Москву «алтайских матерей» с детьми-инвалидами. Нашему обществу еще предстоит пройти долгий путь, для того чтобы понять, что дети и взрослые с отклонениями в умственном развитии не только такие же люди, как и все мы, но во многих отношениях они лучше, чище, нравственно красивей нас, и Бог любит их и хочет, чтобы их любили мы, изменяя свои окаменевшие сердца.

Можно еще поспорить, кто является большим инвалидом: «наши» бедные дети, которым с таким трудом дается каждый шаг и каждое слово, или вполне физически креп-

кие ребята, входящие в группировки скинхедов или других человеконенавистников, вот как те красивые и атлетически сложенные парни, которые на днях стояли рядом со мной в метро. Они были одеты в пятнистую военизированную униформу со сложной системой нашивок и погончиков, подтянутые, серьезные. Не употребляли нецензурных слов, говорили о занятиях по физической подготовке, и вдруг сквозь сдержанный смех прозвучало: «Ничего, разберемся. И с еврейским вопросом, и с кавказским вопросом». Хорошие лица, подчеркнутая сдержанность и корректность поведения, блестящие от воодушевления глаза... Такие юные. Они здоровы и сильны, но кто изуродовал их образ мыслей, кто делает их нравственными инвалидами, – вопросы, на которые должны отвечать социологи и другие специалисты. Ясно одно: путь реабилитации (если она еще возможна) будет невероятно сложным.

Вы можете сказать: какое же это имеет отношение к нашей теме, к детям-инвалидам и их родителям? Поверьте – имеет. Как тонко и прочно все связано в этом мире, и как родственны друг другу привычные суждения: «Зачем только живут такие дети, зачем их оставляют жить? И сколько потом на них средств уходит, а на таких, как у меня – здоровых и умных, – у государства денег не хватает!» и «Понаехали тут, кругом только и видишь этих черных!» И как уже близко от этих высказываний до «окончательного решения еврейского» или любого другого, чеченского, например, вопроса.

Хотелось бы, конечно, действовать шире, говорить и о других «изгоях» общества – не только наших детей, но и о людях, становящихся мишенью для националистических, фашистских группировок. За границей защита прав детей-инвалидов рассматривается как составная часть противостояния дискриминации людей по любому признаку: расовому, национальному, религиозному, политическому, по состоянию здоровья. Такой подход мне очень близок. На самом деле все связано в этом мире, «разделилось все на свете на любовь и нелюбовь». Это заставляет выходить иногда за рамки темы.

Но возвращаясь от общей проблемы толерантности к частной проблеме принятия обществом «особых», «иных» детей, хочу сказать, что необходимо использовать все возможности, в том числе и возможности средств массовой информации, для скорей-

шего свершения «гуманитарной революции». Поэтому важной частью своей работы я считаю написание статей, где проблемы получения образования и реабилитации детьми-инвалидами рассматривались бы не только с правовых, но и с гуманистических позиций. Любые формы общения с людьми хороши – участие в телевизионной программе, посвященной судьбам детей-инвалидов, в Интернет-форумах на эту тему, а с недавнего времени – работа на сайте «Особое детство». На сайте можно публиковать статьи, правовые документы, отвечать на вопросы, поступающие с почтой или на форум. Это очень эффективная форма сотрудничества с родителями.



Социальный адвокат может оказывать содействие материально нуждающимся, малоимущим родителям в получении спонсорских средств. Проблема нехватки средств для проведения полноценного лечения и реабилитации ребенка-инвалида для многих родителей очень остра. В таких случаях можно составить им письма-просьбы, письма «крики о помощи», обращенные к определенной организации или человеку, рассказывающие о беде и нуждах ребенка и его семьи. А можно снабдить нуждающуюся ма-

му или бабушку стопочкой писем, ни к кому конкретно не обращенных, с которыми мама будет входить в разные двери, вот как это, например:

«...Я посылаю это письмо, как посылали в сказках стрелу, – в никуда, без адреса, понимая, что большинство этих стрел не достигнут цели, упадут в дремучий лес, или в болото, или на известную нам из Евангелия каменистую почву. Но ведь какое-нибудь из этих посланий-стрел может попасть к тому, на кого я рассчитываю сейчас, когда пишу это письмо.

Я не думаю, что тому, кто отзовется на человеческую боль, некуда девать деньги или что они легко Вам достаются. Мне известно, что государство, способное так бессердечно относиться к своим маленьким больным гражданам, детям, несущим почему-то тяжкий крест за нас всех, способно ставить талантливых, активных людей, желающих и умеющих честно трудиться в сфере бизнеса, в не менее издевательские условия. Но у меня есть надежда, что если Ваше сердце заставит Вас откликнуться на чужую беду, то, может быть, и Вам станет легче. Существует же какой-то обмен добра в природе. Или должен по крайней мере существовать...»

С письмами-прошениями иногда уезжают к себе домой, в дальние края, на Сахалин, например, те родители, которые привозили в ЦЛП детей на первичный прием или курс реабилитации. Думаю, что там они могут надеяться на большую отзывчивость, чем те, кто живут в Москве, уставшей от обилия нищих, просителей, не всегда добросовестных и «настоящих».

И кроме того...

Хотя основным направлением правовой защиты для нас является оказание помощи в вопросах, связанных с реабилитацией и образованием, часто поводами для вмешательства социального адвоката становились другие проблемы. Вот некоторые из них:

Разглашение медицинской тайны.

В первый же день пребывания первоклассников в коррекционной школе, 1 сентября, классный руководитель N., оглашая список учащихся, заявила, что «в отношении четырех учеников у нее существуют сомнения ввиду их диагноза имбецильности» и назвала во всеуслышание, в присутствии всех учащихся и их родителей, фамилии этих детей.

Поступок недопустимый, являющийся нарушением Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» № 3185 от 2.07.1992 г., ст. 9 которого гласит: «Сведения о наличии у гражданина психического расстройства, а также иные сведения о состоянии психического здоровья являются врачебной тайной, охраняемой законом».

Преследование ребенка в образовательном учреждении по причине его заболевания.

Классный руководитель была предупреждена мамой одного из первоклассников о том, что у ее мальчика после пережитого летом стресса (ребенок, гуляя вдоль берега, упал в речку и стал тонуть) развился дневной энурез, в результате чего он вынужден в дневное время пользоваться памперсами. Ребенок вызвал у учительницы неприязнь. Она стала во всеуслышание заявлять о том, что у нее аллергия на мочу, считала возможным делать мальчику, недуг которого проявляется самопроизвольно и независимо от его желания, замечания при окружающих: «Писать в штаны нехорошо, от тебя будет пахнуть мочой». Недоброжелательность педагога сказалась на состоянии мальчика: добродушный, общительный, ласковый ребенок, радостно посещавший школьные занятия, говоривший дома, как он любит свою учительницу, стал расторможенным, тревожным и печальным. В жалобе, написанной на имя директора школы, пришлось ставить вопрос о том, можно ли доверять детей учительнице, напроочь лишенной обычной человеческой деликатности и такта и имеющей, видимо, несовместимую со своей профессией аллергию на детей? Ясно, что педагог, испытывающий в описанном случае отвращение, а не сочувствие к ребенку, должен не уходить, а просто убегать из своей профессии. Проблема была улажена, но как же дорого обходятся детям встречи с такими педагогами!

Преследование и попытка выживания с работы мамы ребенка-инвалида как «неудобного» сотрудника.

Только обращение к руководителю организации, где работает мама, с неформальным письмом, предотвратило ее увольнение с работы. Пришлось разъяснить суровому руководителю характер тяжелого генетического заболевания малыша, проблемы его мамы, вынужденной часто брать больничный лист по уходу за ребенком, и даже привести цитату, найденную

на сайте Общества больных мукополисахаридозом: «Человек не должен один на один оставаться с такой проблемой, тем более, когда ему ничего, кроме симптоматического лечения, медики не предлагают, а в случае наиболее тяжелых форм мукополисахаридоза сразу предупреждают о смерти ребенка в раннем детстве» (www.mpssociety.org).

Причем, не всегда хорош «наступательный», обличительный характер подобной переписки. В данном случае, кажется, сработало то, что было написано чуть ли не письмо-благодарность. В нем я отмечала, что далеко не всегда родители детей-инвалидов имеют возможность работать, и то, что в данной организации работает мама ребенка со сложнейшей проблемой, говорит о несомненной отзывчивости ее руководства и способности отнестись к ее житейской ситуации с пониманием. Что ж, поскольку в конце концов «руководство» именно так и отнеслось, можно не считать употребленный прием лукавством.

Бездушное отношение к детям и их родителям в работе одного из филиалов МСЭ (медико-социальной экспертизы). Руководство учреждения, куда вызывают родителей с детьми-инвалидами для оформления инвалидности или составления ИПР, считает удобным для себя вызывать всех назначенных на определенный день к 9 часам утра, заставляя потом часами томиться в ожидании своей очереди. Сама по себе малоприятная процедура превращена для детей и их родителей в настоящую пытку. В этом нет преувеличения: каждому, кто имеет хотя бы малейшее представление о поведенческих проблемах «особых» детей, известно, насколько трудно дается состояние пассивного ожидания таким детям – зачастую беспокойным, гиперактивным, расторможенным, тревожным, с трудом переносящим пребывание в местах скопления людей. Понятно, что родители не решаются открыто возмущаться такой издевательской организацией приема, но жалоба по этому вопросу со стороны социального адвоката в вышестоящее учреждение совершенно оправданна и необходима.

Неудовлетворительные условия пребывания детей-инвалидов в лечебном учреждении (стационаре). С этим вопросом, не имеющим, казалось бы, прямого отношения к деятельности ЦЛП, мне пришлось столкнуться, поскольку он волновал ро-

дителей наших детей. Время от времени им приходится ложиться с ребенком в стационар для смены терапии, и каждая госпитализация становится для родителей тяжелым испытанием.

Удивительно многообразие проявлений бесправия родителей детей-инвалидов! Мам в больнице в приказном порядке мобилизуют на «уборочные работы», заставляя мыть длиннющие больничные коридоры, чистить унитазы, убирать санитарную комнату, таскать тяжелые мусорные баки. И это при том, что женщины и без того крайне ослаблены и измучены своей жизненной «ношей», им ведь приходится не год-два, как родителям «обычных» детей, а часто много лет носить их на руках. Неужели так трудно понять, что не по силам мамам и бабушкам, измученным уходом за тяжело больными детьми и бессонными мучительными ночами, работать еще и санитарками, и грузчиками!

Дети во время этих «принудработ» оставались в палатах одни, и мамы изнывали от тревоги за малышей, у которых может в любой момент начаться приступ, в том числе и эпилептический. Детей в палатах укладывают на высокие хирургические кровати без ограничительных решеток, подвергая реальной опасности падения. В больнице не создано никаких условий для пребывания родителей. Мама вынуждена спать на стульях. Иногда мама или бабушка спит, скрючившись, вместе с ребенком на кроватке длиной 1 м 40 см и шириной 80 см, что становится мучением и для ребенка, и для взрослого. Но нельзя же превращать пребывание в больнице для пациентов в такую пытку!

Родителей кормят только в том случае, если ребенку меньше трех лет. Но что же делать маме, не имеющей родных, с учетом того, что оставить малыша невозможно ни на минуту – в любой момент может начаться приступ, во время которого ребенок упадет и искалечится. Значит, те, кому родные не принесут еду, обречены на голод?

Были у родителей и другие поводы для законного недовольства. На имя главного врача детской больницы и в копии в Министерство здравоохранения РФ была направлена жалоба с просьбой сделать все возможное для создания нормальных условий пребывания пациентов в отделении, «ведь смыслом и Вашей, и нашей работы является стремление облегчить, насколько это возможно, состояние и условия жизни в обще-

стве этих детей, а не усугубить их страдания!».

Меры были приняты неожиданно энергично, хотя и не в полном объеме. Оказывается, проблема с использованием «рабского» материнского труда может быть легко решена: администрация приняла на работу в отделение санитарку, поручив ей выполнение обязанностей, которые и должна выполнять санитарка лечебного учреждения. Наконец-то мамы и бабушки облегченно вздохнули. Очень хотелось бы выразить восторг по поводу чуткости руководства больницы! Вот только спят мамы по-прежнему на одной кровати со своим малышом... Жуткие, опасные кровати по крайней мере придвинули к стенам. На всех родителей завели медицинские карты и разрешили воспользоваться пребыванием в больнице, для того чтобы провести некоторые диагностические исследования, проверить состояние и своего здоровья (исключительно здравая мысль, ведь эти люди давно и надолго забыли о себе, подчинив свою жизнь только детям).

А вот на решение вопроса с питанием для мам здравого смысла немного не хватило: принято решение о «постановке на довольствие» находящихся с ребенком родственников, но только москвичей! Единственным нововведением для «иностранцев» родителей явилась установка в отделении щедрым руководством баков с кипяченой водой. Понять ход мыслей администрации мне не дано: видимо, им кажется, что привозить ежедневные обеды «узникам стационара» из городов и деревень Московской области, а то и других областей, легче, чем их товарищам по несчастью из Строгино или Новых Черемушек. Что ж, «товарищ не понимает», точнее, ещё не всё понимает, и значит нужно снова братья за перо (точнее, за клавиатуру компьютера).

Недоступность среды: одним из проявлений этой болезненной для инвалидов проблемы оказались сложности пользования «самым общественным» видом транспорта – метро. Наши родители сетовали на то, что контролеры на станциях метро требуют от них проводить детей или проносить их на руках через турникеты, т.к. мимо контролера они проходят слишком медленно. Но некоторые дети уже слишком тяжелы для наших измученных мам и бабушек, а проходить через турникеты, иногда так угрожающе щелкающие своими «зубами», дети боятся, у не-

которых развиваются на этой почве устойчивые страхи. Потребовалось письмо на имя руководителя Московского метрополитена Д. В. Гаева, для того чтобы решить такую простую, в принципе, проблему. Господин Гаев – спасибо ему – сурово предупредил своих подчиненных об их обязанности разрешать родителям с детьми-инвалидами проходить около контролера. Кроме того, они должны оказывать им всяческую помощь и содействие, и на эту тему с коллективом «проведена соответствующая воспитательная работа».

Вот находить бы у всех высоких начальников такое понимание, – как хороша могла бы наша жизнь! В конце концов, можно было бы даже уволить социального адвоката за ненадобностью из-за отсутствия проблем, и об этом я могу только мечтать!

Еще одной неожиданной сферой деятельности социального адвоката является помощь семьям беженцев, имеющих ребенка-инвалида. Вообще положение мигрантов в Москве – очень болезненная тема. В их числе есть родители и «наших» детей. Проблем у таких людей много, поэтому им требуется консультативная помощь и по вопросам получения российского гражданства, и выезда на постоянное место жительства в другие страны, и в трудоустройстве, и в нахождении съемной квартиры, и содействие в получении спонсорской материальной помощи на реабилитацию ребенка. Иногда приходится сталкиваться с возмутительными случаями дискриминации этих очень незащищенных в силу своего статуса людей: например, у одного из родителей нашего воспитанника сотрудники милиции просто отобрали паспорт и все другие документы, ожидая взятки за их возвращение.

Иногда в поле зрения социального адвоката оказываются вопросы, регулируемые не только гражданским, но и уголовным законодательством. Скучающие подростки развлеклись тем, что облили бензином и подожгли своего сверстника с задержкой психического развития, добродушного и доверчивого, слонявшегося ночью по улицам подмосковного городка. За несколько месяцев до этого трагического происшествия педагоги коррекционного интерната исключили своего воспитанника, посчитав его «необучаемым», а мама уследить за ним была не в состоянии, работая в ночную смену. Только чудом можно считать то, что «забава» извергов

закончилась для жертвы лишь ожогами, а не непоправимым несчастьем: мальчику удалось сбить пламя, катаясь по земле. А милиция, куда обратилась мама пострадавшего, сочла, что в данном случае трудиться над расследованием преступления необязательно, – еще одно яркое проявление отношения к психически нездоровым нашим согражданам, как к людям второго сорта. В письме на имя начальника ОВД г. Можайска мы требовали заняться расследованием факта изверского издевательства с причинением телесных повреждений мальчику-инвалиду и найти садистов, ибо «если таково начало их жизненного пути, то каким же может быть продолжение?». Однако в возбуждении уголовного дела было отказано.

И только после обращения к Генеральному прокурору РФ был получен ответ, в котором прокуратура Московской области сообщила, что «Можайским городским прокурором 19.12.05 г. было отменено постановление органа дознания об отказе в возбуждении уголовного дела по факту причинения Илюшину.А.И. телесных повреждений 12.09.05 г., материалы возвращены в ОВД Можайского района для проведения дополнительной проверки».

Порой социальный адвокат становится доверенным лицом, почти другом родителей детей-инвалидов, и ему приходится заниматься деликатными вопросами, до которых у юриста руки не доходят. Мой же «статус» позволяет, например, в некоторых случаях по просьбе мамы ребенка-инвалида провести конфиденциальные беседы с отцом ребенка. Темы, которые приходится при этом затрагивать, очень личные, требующие максимальной осторожности и бережности, и такие разговоры допустимы, конечно, только тогда, когда собеседник желает поговорить на предложенную тему.

В одном случае это может быть отчаянная попытка женщины предотвратить расторжение брака, хотя исковое заявление мужа уже находится в судебном производстве. В другом – ситуация еще сложнее. Брак с отцом малыша официально заключен не был. Сейчас отношения нарушены, мужчина оставил ее и сына, средств на жизнь – на лечение ребенка, на оплату занятий с ним специалистов – отчаянно не хватает. Затевать иск о признании отцовства, доказывать наличие в прошлом фактических брачных отношений? Можно, конечно, попробовать, но это долго,

трудно и способно окончательно сделать родителей врагами друг другу. Гораздо результативнее другой путь: воззвать к лучшему, что всегда есть в человеке, отдать должное его благородному поведению в прошлом – ведь помимо их общего ребенка-инвалида он шесть лет содержал двух детей любимой женщины от первого брака, заботясь о них, как о собственных детях.

Я не пытаюсь разобраться в том, кто прав, кто виноват, и по чьей вине ушло из дома счастье. Главное, что удалось убедить мужчину возобновить оказание материальной помощи сыну – она так ему необходима. Помимо этого, отец стал оплачивать занятия с ребенком в Центре лечебной педагогики, и уж совсем неожиданным подарком для социального адвоката стало известие, что после долгого перерыва папа вновь стал встречаться с малышом, очень его любившим и страдавшим от разлуки. Пока отец решается только поджидать сына у ворот детского сада, подхватывать на руки захлебывающегося от радостного смеха ребенка, провожать его и робко идущую за ними женщину домой. А дальше не будем загадывать. Но для меня такие маленькие победы ничуть не менее значимы, чем победы в трудных судебных процессах.

К сожалению, случаи распада семей, имеющих ребенка-инвалида, не редкость. Вот и вчера с огорчением прочитала письмо от мамы, обычно присылавшей такие светлые и оптимистичные письма: *«Решилась Вам написать. Дело в том, что наш папа собрался уходить от нас. Пыталась наладить отношения всевозможными способами. Но что я могу сделать одна? Он ни в какую не идет на контакт. Сказал, что чувства прошли, больше меня не любит и жить со мной не хочет. Но мне почему-то кажется, что это бегство от проблем, трусость в каком-то роде. Почему-то чувства прошли именно после появления Ксюши. А до этого было 4 года счастливой семейной жизни!!!»*

Очень больно. Знаю супружеские пары, которых проблема с ребенком так сплотила, сделала настолько близкими и нужными друг другу, что теперь это действительно не только «одна плоть», но и одна душа. И они никогда ни на что не променяют свое трудное счастье, свою любовь, свое единство. Мужчины, желая реализовать свое мужское начало, нередко занимаются экстремальными видами спорта, восходят на горные верши-

ны, прыгают с парашютом. Наверное, не все они догадываются о том, что нигде их мужество и сила не будут так благодарно востребованы, как в житейской ситуации, к которой они не стремились, но оказались в ней волею судеб. Один папа ребенка-инвалида рассказал мне, как, будучи человеком верующим, пришел к священнику, чтобы рассказать о выстраданном решении оставить семью. И был потрясен, когда обычно добродушный, улыбочивый батюшка жестко и, как выразился этот человек, «страшно», прошептал ему: «Креста своего не хочешь нести?! От своего креста отказываешься?! Что ж, уходи и будь счастлив, если сможешь после этого таким быть!» В этой семье все уже в порядке, и крест для супругов не крест, и «бремя легко», потому что они вдвоем, и очень дороги друг другу, и едины в своей любви к сыну.

Пока еще гром не грянул

Оказание помощи родителям в многообразных случаях нарушения прав их детей до обращения в судебные органы или в прокуратуру заключается в рутинной «бумажной» деятельности. Не потому, что социальному адвокату любы бюрократические методы работы. Просто известно, что на чиновников производит впечатление только надлежаще оформленный по всем правилам канцелярского искусства «документ». Впрочем, совсем уж играть по их правилам я не намерена. Сухому и казенному стилю переписки мы объявим войну. Любая формальная бумага должна быть написана НЕФОРМАЛЬНО. В ней должны звучать боль и страсть, негодование и надежда, отчаяние и чувство собственного достоинства людей, интересы которых я представляю. Это письма-ходатайства о приеме «особых» ребятишек в детские сады, где им, признаться, не рады. Письма с требованием о предоставлении детям-инвалидам возможности учиться, гарантированной им законом, которой так трудно добиться на практике.

Бумаги, бумаги... Они угрожающе множатся, наводя ужас на мало склонного к педантизму и аккуратности социального адвоката! Пробую различные варианты: от лица родителей, от имени родительских объединений, от своего имени, которое по существу ровным счетом ничего не значит, но иногда каким-то непостижимым образом производит впечатление (своей непривычностью, что ли...). Требуем обеспечить ребенку с ДЦП,

который не может передвигаться, надомную дефектологическую помощь. Просим, вопреки рекомендации психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК), воздержаться от перевода ребенка из детского сада в школу: и мама, и педагоги детского сада, который он сейчас посещает, считают это преждевременным и вредным для его неокрепшей психики. Составляем с коллегами — неутомимой труженицей Ириной Викторовной и милой, исключительно добросовестной «юристочкой» Оксаной — запросы, пытаюсь получить от власть имеющих чиновников учреждений систем образования, социальной защиты, медико-социальной экспертизы (МСЭ) ответы на риторические, в сущности, вопросы:

– Почему детей, которые страдают генетическими заболеваниями, имеющими необратимый характер, заставляют ежегодно проходить переосвидетельствование?

– Почему не созданы учреждения, которые обеспечивали бы предоставление ребенку-инвалиду с нарушениями развития возможности проживания на ограниченное время вне дома с организацией ухода за ним? Ведь бывают острейшие ситуации, когда маме нужно, к примеру, лечь в больницу, а ребенка не с кем оставить!

– На каком основании органы МСЭ исключают из числа исполнителей индивидуальной программы реабилитации негосударственные реабилитационные организации, – даже тогда, когда ясно, что они наиболее эффективным образом окажут помощь ребенку?

– Почему педиатрические бюро МСЭ сплошь и рядом выдают нашим детям ИПР с незаполненными важнейшими для их реабилитации разделами, в частности, теми, которые посвящены психолого-педагогической коррекционной работе?

– Почему психолого-медико-педагогические комиссии вместо решения вопроса об обучении ребенка-инвалида (что и является, собственно, смыслом деятельности ПМПК) выдают заключение о «необучаемости» ребенка и кощунственные рекомендации о направлении его в интернат системы социальной защиты?

И еще много всяких «почему»... Вообще, вопросов пока, к сожалению, намного больше, чем ответов.

Из родительского и педагогического опыта

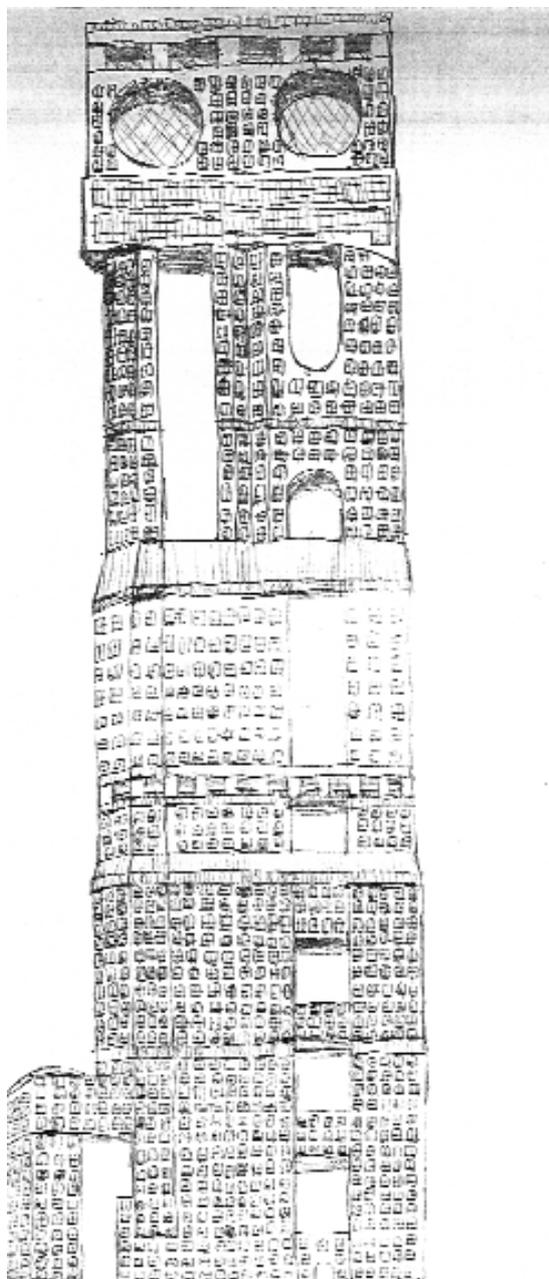
Дельфинотерапия в Севастополе

ДЕМКОВА Е.Е.

В Севастополь мы с пятилетней дочкой приплыли первого сентября. Начало южной осени встретило нас летним теплом. Ласковое море, горячее солнце, летний зной. Город с героическим прошлым живёт сегодня современной жизнью, везде рекламные щиты с надписями, достойными репертуара Клары Новиковой: «Шо ни кетчуп, то «Торчин».

Мы приехали на юг не просто отдохнуть, а лечить дочку. Ребёнок родился недоношенным, слабеньким, весом всего 1300 гр. Проблемы выхаживания начались с периода новорожденности. Делали всё возможное, лечились долго и упорно. Девочка смогла видеть и слышать, сидеть и ходить, и разговаривать. Но кризис трёхлетнего возраста, кажется, совпал с посещением специализированного детского сада, где поправляют зрение. И вот результат – появились аутичные черты. Аутизм – это сложное заболевание, диагностировать которое непросто даже специалистам. И стоит у дочки диагноз под вопросом. Мы, родители, скорее склонны не соглашаться с таким диагнозом. Возможно, в душе пока мы приняли термин не медиков, а педагогов и психологов, работающих с ребёнком. Маша – ребёнок с аутоподобным поведением. Выбор способов лечения не велик – глотать химические препараты горстями, можно попробовать гомеопатию или дорогие капсулы с аминокислотами. Только гарантии излечиться нет никакой.

От родителей из общества инвалидов мы услышали о дельфинотерапии. И вот улыбчивый милый доктор из белого домика



на берегу моря назначает нам лечащего врача – дельфина Диану. В первый же день мы прогулялись по мостику вдоль вольер, видели и других дельфинов – Багиру, Ваха, Аниту. Тихая Дианка нам понравилась больше всего. Оказалось, это самый старый доктор. А позже мы поняли, что Людмила Николаевна Лукина, тот самый доктор из домика, внимательно изучает истории болезней, беседует с родителями, анализирует состояние здоровья маленьких пациентов и только потом решает, кто будет «морским доктором». Зажатой, трусливой Маше как раз и подошла спокойная Диана.

У входа в вольеры надпись на украинском языке гласила: «Морские тварины». Морские животные живут в вольерах, но все равно это открытое море. И я сразу подумала, что Библия называет все живое, созданное Богом, тварением, или Божьей тварью. Древний же язык у наших братьев - славян, раз слово дошло до наших дней.

Я опасалась, что на первом занятии моя дочь будет истошно визжать при опускании в воду, как многие дети. Действуют сразу два новых фактора – дельфины и море. Но наш тренер Оля предусмотрела такой момент. Мы не сразу приступили к занятиям, а несколько дней тренировались на мелководье, на детском пляжике. Девочка играла с водой, плескалась у берега, потом согласилась окунуться. Потом мы несколько раз в день погружались в воду в полном облачении – в жилете и нарукавниках. И вот он – первый день занятий! Спокойным, милым приятным голосом Оля пригласила ребёнка опуститься к ней в воду. Дочка крепко вцепилась в руку тренера. А умница Дианка, словно чувствует страх, и не спешит близко подплывать к ребёнку, плавает себе неподалёку осторожными кругами. И никакого истошного визга нет. Под ногами нет опоры, но Маша крепко вцепилась за Олю. А тренер держится уже за плавник дельфина – Дианка, как лошадка, катает девочку. Радостная улыбка на лице у Маши, совсем неплохо для первого занятия. Но вот Диана совсем рядом с Машей, открывает свой рот в броске за рыбой. А Машуля вдруг дёрнулась и схватила животное рукой за зуб. Удерживалась на воде? Случайно получилось? Но её крепко держит Оля. Я, конечно, знаю, что дельфины – мирные животные. Но замерло материнское сердце – хрупкие пальцы в зубастой пасти на нижней челюсти... И в ту же секунду умница Диана, не зак-

рывая верхней челюсти, нежно сбросила ручку ребёнка. Это какое-то чудо. Я восхищаюсь изящной Дианой. Дома вечером перед сном беседуем с Машей о прошедшем дне. Вернее говорю я одна, девочка произносит слова редко и неохотно, невнятно. Спрашиваю дочь: «Зачем ты, Машенька, трогала зубки у Дианы?» Каково же было моё удивление, когда девочка подбежала к столу, схватила детскую книжку, которую мы взяли с собой и читали перед сном, быстро раскрыла её на нужной странице и показала пальчиком рисунок. Тут и раскрылась тайна. Бедная девочка, очевидно, думала, что она плавала с крокодилом. В стихотворении Михалкова «Фома» были такие строки: «Близка аллигатора хищная пасть...». Маша решила перейти в наступление. Тут я и поняла свою педагогическую ошибку. Такие стихи не нужно было читать перед сном. Но девочка неизменно открывала книжку именно на этом месте. Я ведь каждый вечер объясняла Маше, что скоро будем плавать с дельфинами. «Упрямец плывёт по опасной реке...», «Из пасти у зверя торчит голова...». Мужественная девочка, выходит, морально готовилась к плаванию, поэтому и просила читать именно это стихотворение. Ну да, цвета она не совсем различает: серый, зелёный, без разницы, а зубастая пасть есть и у дельфина, и у крокодила. Потом мы с Олей всё время повторяли, что Дианка не крокодил, она никого не съест.

А вообще в беседах с психологом мы давно выяснили, что ребёнок обладает большой силой воли и мужеством. Ей ещё не было и двух лет, а она не давала себе заснуть, если не желала ложиться спать. Как только сон обволакивал глазки, девочка кусала себя за палец. Мы решили, что она пошла в прадеда Ивана Ивановича.

Лихой кавалерист в царской армии, в числе других лучших, участвовал в параде на Марсовом поле, посвящённом 300-летию дома Романовых. На полном скаку пролезал под брюхом у лошади, летал через огненное кольцо. Пролетая, задел за штырь в огненном кольце, лопнула гимнастёрка, и образовались крылья за спиной. Однополчане прозвали Ивана лётчиком. Воевал на трёх войнах, остался живым. Георгиевским кавалером стал, как сам выговаривал, в «Перлистическую». Воевал прадед в Карпатах, участвовал в Брусиловском прорыве. Прижали его австрийцы к пропасти, рубил с коня шашкой, пока она не сломалась о чью-то подставлен-

ную винтовку. Не растерялся Иван: «За горло и в пропасть, за горло и в пропасть, пока не подросла подмога». За этот подвиг получил прадед Георгиевский крест в свои неполные двадцать лет. После войн держал племенных жеребцов, объезжал диких монгольских лошадей. Как-то раз взбесившийся огромный бык-пятiletка сорвался с привязи и нёсся по деревне, круша и ломая заборы. Люди в ужасе попрятались по домам. Встал на пути разъярённого животного лишь Иван Иванович. Вышел на улицу, стал на дороге. Замерла вся деревня, ожидая кровавой развязки. Несётся огромный бык что есть мочи на него. И вдруг встал как вкопанный. Не выдержал взгляда волевого человека. Взял его дед за поводок и повёл на ферму. В деревне шептались: «Не иначе, колдун». И величали деда только по имени-отчеству.

Это было лирическое отступление, но знать свои корни, безусловно, надо.

С каждым занятием Маша всё увереннее и увереннее чувствовала себя в воде, наблюдала за дельфином, но потрогать долго не решалась. К тому же сначала она, худенькая девочка, очень быстро замерзала в воде. Поэтому, тренируясь на детском пляжике, мы всё время увеличивали время пребывания в воде. Ну а что же результаты? Они стали потихоньку появляться. Девочка, раньше неохотно откликавшаяся на просьбы повторить какое-либо слово, стала всё чаще и чаще повторять простые слова: пока, спасибо, до свидания.

Во время дельфинотерапии я убедилась, что нервно-эмоциональное состояние детей очень зависит от состояния родителей. Мы сначала неудачно сняли жильё, переехали на другую квартиру, не выпались. И вот на очередном сеансе Дианка, очевидно, почувствовала нервное напряжение и держалась неподалёку, не желала активно сотрудничать. Дельфин – источник радости, и легче всего ему работать с людьми, если и от них исходят радость и положительные эмоции. Если дельфин по кличке Анита в соседнем вольере не был занят работой, то и наша Дианка иногда сбегала на глубину и нос к носу шепталась о чём-то с соседкой. Ни дать, ни взять две сплетницы.

Через несколько дней Маша всё же трогала дельфина. Представляю, как ей было страшно. Но ведь важными нарушениями при аутизме являются страхи, это известно. Дельфины лечат страхи добротой, лаской,

волнами – локациями. И преодолеть страх воды, глубины и «дельфина» одновременно – это мощный всплеск положительных эмоций. Думаю, это здорово дополняет лечение.

Когда вечером мы возвращались домой, то навстречу вышла сонная кошка, она зевала, потягивалась и умывалась лапкой. Маша вдруг обратила на неё внимание, засмеялась и аккуратно обошла её стороной, чтобы не наступить на хвост. Это было впервые, раньше девочка смотрела на кошек как бы сквозь них. Сколько бы я не просила посмотреть на кошку, Маша никогда не фиксировала взгляд. А здесь вот и смотрела, и смеялась, видимо, поняла, что кошка сонная. И я подумала, что Маша, наконец, решила, что если уж она теперь не боится огромного мокрого дельфина, то ни к чему бояться какую-то мелкую кошку.

Подтверждение этой мысли мы нашли в выходной день, когда ездили в музей обороны Севастополя. Дело в том, что когда Маша была совсем маленькой, она с удовольствием каталась в парке на пони. Кстати, тогда она разговаривала и читала стишки. Но позже у нее развились аутичные черты. С тех пор она уже два года не соглашалась даже подойти к лошади. И вдруг сама попросилась кататься на маленьком рыжем пони. Она то подходила к нему, то бросалась обратно. И наконец, решила передать контроль над своим страхом мне. Она вручила мне свою ручонку, показала на пони, а сама закрыла глаза. Сначала мы ехали тихо, Маша сидела на пони, но руками крепко обвивала меня за шею, а я шла, прижавшись к тёплому боку. Животное чувствовало неловкость, беспокоилось, но подчинялось хозяйке. Девушка подсказала нам, что нужно прийти второй раз, через некоторое время. И что же? Маша радостно ехала сама! И в самом деле, если Маша уже не боится огромного мокрого дельфина, то почему бояться лошади?

Маленькие открытия поджидали нас и в последние дни. К тому моменту Маша уже держалась за плавничок дельфина (иногда) и регулярно кормила его рыбой (с помощью тренера). Вода и глубина её уже совершенно не пугали, и Маша от нетерпения прямо сталкивала меня в воду с причала, чтобы побыстрее приступить к занятиям. И вот вечером на пляже в Казачьей бухте к нам подошёл голодный кот. Маша его тоже заметила, попыталась погладить. Я предложила покормить кота, не особо надеясь на отклик со стороны

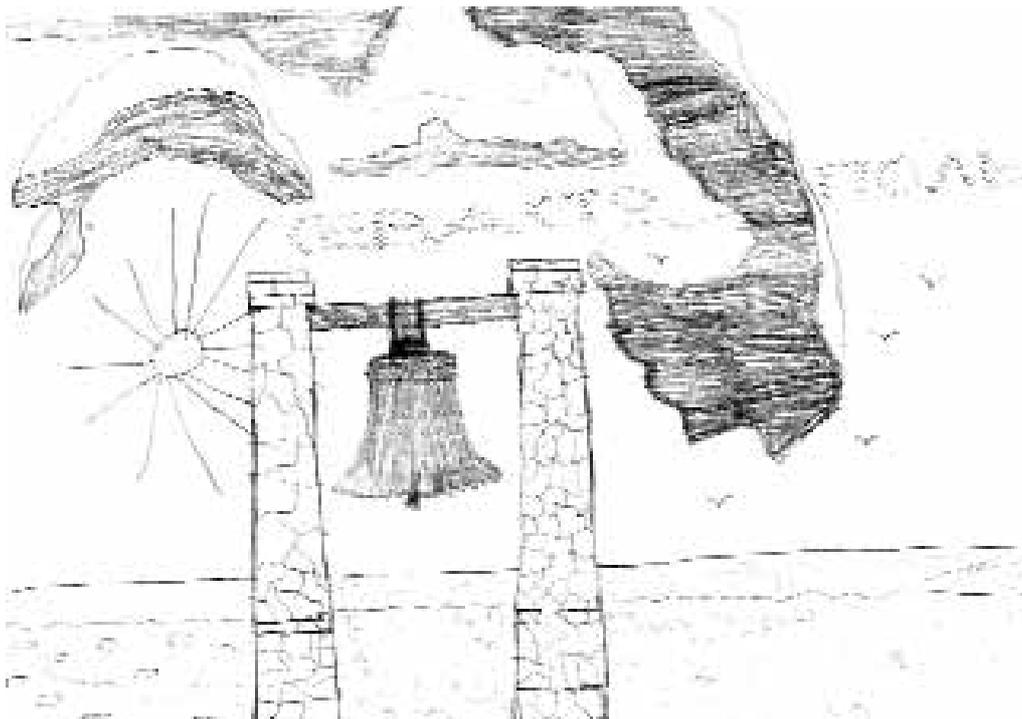
Маши. Но Маша уже несколько дней кормила рыбой дельфина. Поднесла кусочек вафли и ловко вложила его прямо в открытый рот кота. И, в самом деле, мелкий голодный кот уже не страшен. Наевшись, кот уже не открывал рот, но Маша следующий кусочек догадалась положить перед его мордочкой. Как обычно эти человеческие решения для обычного ребёнка! Но для аутичного ребёнка, годами подавлявшего свои эмоции, это огромное достижение.

Первую неделю цикла с Машей плавала тренер Оля, так как я боялась глубины и дельфинов. Но на шестом занятии отважилась в путь в воду, надев спасательный жилет. Наша Дианочка на появление нового человека отреагировала сразу – плавала неподалёку, изучала меня. Плавать я всё же умею, хотя и не очень хорошо, к тому же жилет прекрасно держал на воде, и глубина мне показалась не страшной. Но сердце у меня замирало, когда под ногами проносилась серая тень - подводной минилодки. Умница Диана очень близко и не подплывала. Всё же дельфины чрезвычайно чувствительны, наверное, она слышала моё учащённое сердцебиение. Но на второй день своего плавания я уже освоилась, не переживала, и Диана к нам приблизилась, выныривала совсем рядом. Мы с Машей сначала просто бросали рыбу в открытую пасть, а потом даже научились легонько вкладывать её. Диана показывала нам своё белое брюшко, махала плавниками, разговаривала на своём языке. А совместная игра в мяч! Это

так здорово, так интересно!

Вместе с нами в столовой за соседним столиком обедали супруги с ребёнком из Польши. И мы видели, что их ребёнок вначале просто лежал за столом, сжимая в руке упаковку с кетчупом. К концу занятий ребёнок рассматривал людей в столовой, радостно улыбался. Для тяжёлого больного ребёнка это уже немало. И мы вдруг заметили, что у мальчишки на носу здоровые веснушки. Общаясь с родителями других детишек, мы выяснили, что многие семьи бывают здесь каждый год. Мне рассказали, что наш тренер Оля работает здесь уже двадцать пять лет. Четверть века доброты! Мы обязательно приедем ещё!

Декабрь 2005 г.



Организация специализированной помощи детям с нарушениями развития

Центр развития ребенка – детский сад № 24

*Адрес: 169901 Республика Коми,
г. Воркута, ул. Мира, д. 17-в.
Тел. 7-06-75.*

Муниципальное дошкольное образовательное учреждение Центр развития ребенка - детский сад № 24 основан в 2000 году в г. Воркута на базе Департамента социально-культурных и дошкольных образовательных учреждений для развития, коррекции и обучения детей дошкольного возраста с особенностями развития.



В центре функционируют 3 стационарные группы: две диагностико-коррекционные и одна группа компенсирующего вида для детей-инвалидов; здесь также оказываются реабилитационные услуги детям, не посещающим дошкольные образовательные учреждения.

В центре работают квалифицированные специалисты: учителя-логопеды, учителя-дефектологи, педагоги-психологи, социальный педагог, инструктор по лечебной физкультуре, специалист по физиолечению, медсестра-массажист, врач-психиатр, педиатр и другие. Здесь имеются оборудованные кабинеты специалистов, комната психологической разгрузки, физиокабинет, многофункциональный рекреационный зал (с тренажерным и сенсорным уголками, бассейном, с модулями, где дети могут отдохнуть после умственной нагрузки), а также методический кабинет, в котором размещены пособия и дидактический материал для обеспечения коррекционно-развивающего процесса, методическая литература и периодические печатные издания.

В центре созданы хорошие условия для развития, коррекции и оздоровления детей. Реабилитационная работа с детьми носит комплексный характер. Здесь осуществ-

входят четыре вида коррекционной работы:

- биологическая (медикаментозная терапия и фитолечение);
- физиолечение, массаж, водолечение, теплотечение, ритмика;
- психическая (коррекция психических процессов, невротических расстройств и поведенческих девиаций);
- педагогическая (логопедическая, игровая терапия, трудотерапия, изотерапия, сказкотерапия, музыкотерапия и т.п.).

Коррекционно-педагогическая работа в центре строится на основе дидактических принципов коррекционной педагогики, в том числе одного из самых важных - онтогенетического, который предусматривает учет возрастных и индивидуальных психофизиологических особенностей ребенка и характер его нарушений.

Особое внимание в работе с детьми педагоги уделяют охранительному режиму, который включает соблюдение оптимального двигательного режима, достаточную мышечную нагрузку, пролонгированный дневной сон для детей с повышенной нервно-рефлекторной возбудимостью, дозирование нагрузки в течение дня и рабочей недели, учет биоритмов ребенка, предоставление некоторым детям дня психологической разгрузки и, по необходимости, дополнительного выходного.

Коррекционно-педагогическая работа представляет собой комплексную систему

индивидуального психолого-педагогического сопровождения ребенка, которая включает:

- подбор специальных государственных программ обучения, воспитания и коррекции;
- составление индивидуальных коррекционных программ;
- динамическое наблюдение за развитием каждого ребенка.

Учитывая особенности детей, педагоги центра организуют коррекционно-развивающие занятия в форме привлекательной деятельности на положительном эмоциональном фоне при доверительном общении с ребенком, обеспечивают каждому ребенку близкую и понятную мотивацию и максимальную развернутость практических действий, планируют и проводят пропедевтическую работу к каждой теме (бимануальное обследование, развитие анализирующего восприятия, овладение сенсорными эталонами и т.д.), используют в работе методы сопряженных и синхронных действий, жестовой инструкции, перевод задания на наглядно-действенный уровень и др. Обязательным условием является перенос усвоенных детьми знаний, умений и навыков в новую ситуацию, индивидуальный подход к гипо- и гипердинамичным детям, к детям с аутизмом.

Одной из главных задач центра является укрепление физического здоровья детей. Специалисты учреждения: учитель-де-





фектолог Игнатова Л.В., учитель-логопед Воллик О.И., педагог-психолог Кулакова В.Д., инструктор по физическому воспитанию Холлюкова Г.А. создали оздоровительно-развивающую программу для работы с детьми с ЗПР старшего дошкольного возраста. Программа предусматривает укрепление и сохранение здоровья детей не только системой медицинских мероприятий, но и посредством развивающей педагогики оздоровления, базирующейся на основных линиях «обороны здоровья»: на организации правильного режима, рационального питания, на закаливании, двигательной активности, на охране эмоционального здоровья.

Включение «Занятий здоровья» в познавательный цикл работы с ребенком помогает формированию внимательного и положительного отношения детей к собственному здоровью. Эти занятия включают обучение основам безопасности, привитие культурно-гигиенических навыков, обучение релаксации, приемам самомассажа, навыкам правильного дыхания, способам сохранения зрения.

Для оздоровления детей используется смехотерапия, «гимнастика мозга» по П.Дениссону, Г.Стоуксу. Как известно, смех укрепляет здоровье, усиливая снабжение мозга кислородом, помогает удалению продуктов утомления, способствует выработке эндорфинов. На занятиях и играх регулярно проводятся «минутки смеха». В центре проводятся специальные развлечения, «юмористы».

Особое внимание уделяется охране психического здоровья детей. Как известно, на фоне эмоционального неблагополучия возрастает число психосоматических заболеваний. Коллективом центра созданы условия для создания атмосферы повышенного внимания и заботы о каждом ребенке. В этом направлении ведется и работа с родителями:

- формирование и стимулирование внимательного отношения родителей к коррекционно-воспитательному процессу;
- предоставление родителям информации о закономерностях развития детей с отклонениями в развитии и ознакомление с содержанием коррекционно-воспитательной работы по предлагаемой программе;
- вовлечение родителей в коррекционно-образовательный процесс и создание оптимальных условий для этого;
- гармонизация детско - родительских отношений.

Основой в работе с родителями является открытость учреждения. В условиях открытости родители имеют возможность прийти в группу и понаблюдать, чем занят ребенок, присутствовать на занятии. Это помогает родителям понять объективность многих трудностей в работе с детьми и способствует возникновению у них желания участвовать в коррекционно-педагогическом процессе.

В условиях вариативности и разнообразия форм и методов работы с родителями не существует единой модели взаимодействия с ними. Родительские собрания, педа-

гогические встречи и семинары, тренинги, консультации, конкурсные программы, выставки, праздники, информационные уголки, родительская почта - вот неполный перечень мероприятий по работе с родителями.

Тематика консультаций, семинаров, тренингов, перечень изданий передвижной библиотеки, оборудование игротеки планируются с учетом интересов и потребностей родителей, а также с учетом их социально-психологических особенностей. С некоторыми семьями работа осуществляется на основе разработанных педагогами центра адресных программ помощи семье.

Главное в работе с родителями - это воздействие на семью через ребенка. Если жизнь в группе интересна для ребенка, со-

держательна, если ему эмоционально комфортно, то он обязательно поделится этим с родителями. Родители, в свою очередь, могут проникнуться интересом к деятельности группы и предложить свою помощь.

Самый большой праздник в Центре - «Праздник Семьи», где демонстрируется образец семейных отношений, где родители и педагоги учатся взаимодействовать с детьми «без повелительного наклонения».

Л.В. Игнатова,
директор ЦРР-Д/С № 24



«Особое детство: шаг навстречу переменам»

— так называется сборник статей группы авторов, выпущенный издательством «Теревинф» в серии «Опыт работы Центра лечебной педагогики». Он адресован всем, кому небезразлична судьба особых детей в России.

Рождение ребенка с нарушениями психического и физического развития — это испытание не только для самого малыша. Такой ребенок сам своим существованием «испытывает» и всех нас: родителей и родных — на истинность и крепость их любви; педагогов и медиков — на верность профессиональному долгу и на доброту; общество — на признание высоких духовных принципов и гуманистических идей, государство — на соответствие провозглашаемых им лозунгов реально проводимой политике.

О чем же этот сборник?

О ситуации в России, о первых ростках родительской и общественной активности при защите прав особых детей,

- о том, как помочь семье пережить стресс и стать для своего ребёнка проводником в такой непростой жизни,

- о множестве коллизий правового и нравственного характера, с которыми приходится сталкиваться родителям особых детей, в том числе о социально-духовных аспектах жизни таких семей.



Издательство «Теревинф»:

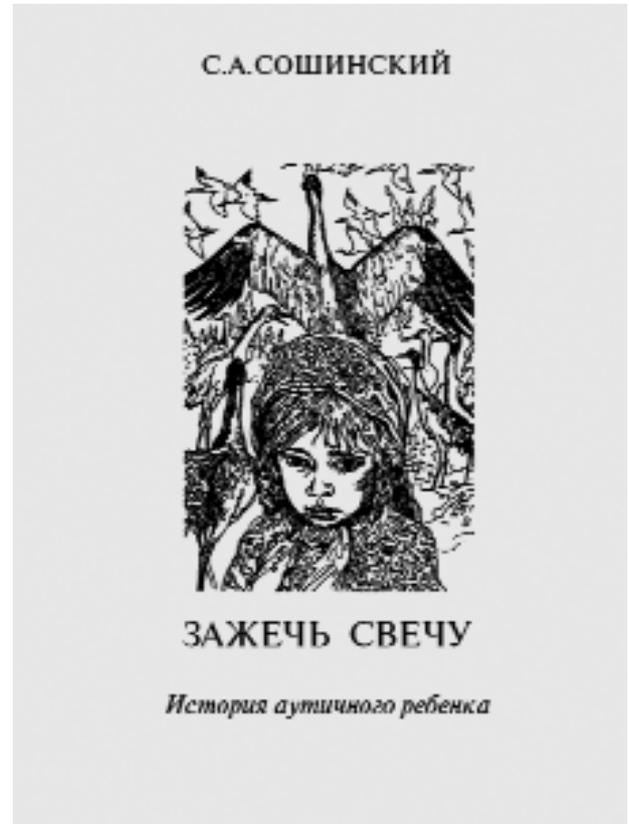
для переписки: 119002, Москва, а/я 9,
тел/факс: (495) 585 0 587; эл. почта: terevinf@bk.ru
сайт: www.terevinf.ru; www.osoboedetstvo.ru

**ВЫШЛА ИЗ ПЕЧАТИ ПЕРВАЯ КНИГА СЕРИИ
БИБЛИОТЕКА ЖУРНАЛА
«АУТИЗМ И НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ»**

Книга посвящена актуальной проблеме — помощи «особому ребенку», ребенку с аномальным развитием.

Автор рассказывает о лично пережитом опыте воспитания в собственной семье приемного ребенка, страдающего детским аутизмом и задержкой психического развития.

Книга адресована специалистам, работающим с детьми, страдающими нарушениями развития: дефектологам, психологам, педагогам, студентам психологических и педагогических факультетов и особенно родителям, столкнувшимся с подобной проблемой.



*По вопросам приобретения книги можно обращаться по
телефонам в Москве:*

(495) 619-74-87, 128-98-83, 615-86-85.

E-mail: mamontov@rambler.ru, satur033@online.ru

Пособие «Путешествие с Бимом и Бомом в страну Математику»

откроет дошкольникам путь к восприятию математических знаний. Оно составлено на основе анализа реальных трудностей детей при усвоении азов математики.

Пособие ориентировано на повышение мотивации к обучению, развитие самой способности учиться.

Задания объединены увлекательным сюжетом. Детей ждут веселые приключения и испытания, преодолевая которые они не только получают конкретные знания, но и станут более любознательными, внимательными, целеустремленными.

Пособие поможет детям усвоить программу по математике в подготовительной группе детского сада и на начальном этапе обучения в школе.



По вопросам приобретения пособия можно обращаться по телефонам в Москве:

(495) 619-7487, 128-9883, 615-8685.

Этот номер журнала подготовлен при финансовом содействии Попечительского совета Центра психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков (с ранним детским аутизмом) Департамента образования города Москвы.

На 1-й странице обложки фото Центра психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков Департамента образования города Москвы.

В оформлении журнала использованы рисунки аутичных детей.

Журнал «Аутизм и нарушения развития» зарегистрирован в Министерстве Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Свидетельство о регистрации ПИ № 77-13883 от 1 ноября 2002 г.

**Журнал издается с марта 2003 г.
Периодичность – 4 номера в год, объем 72 с.**

**Подписной индекс по каталогу агентства
«Роспечать»
на 2006 год - 82287.**

**По вопросам приобретения отдельных номеров журнала
можно обращаться по телефонам в Москве:
(495) 615-86-85, 619-74-87, 128-98-83.**

**Статьи и материалы для публикации просьба направлять
по адресу: 127427, г. Москва,
ул. Кашенкин Луг, д. 7.
E-mail: satur033@online.ru**

При перепечатке ссылка на журнал «Аутизм и нарушения развития» обязательна.

**Верстка Соколов В.В.
Отпечатано в типографии «Микропринт»,
г.Москва, Окружной пр-д, 34**