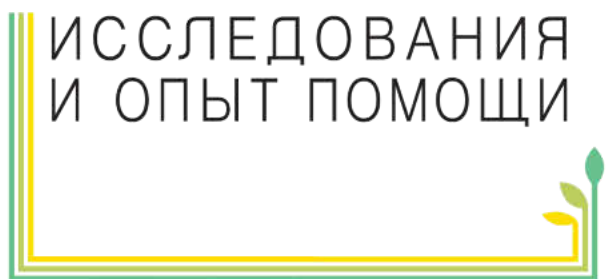




ИССЛЕДОВАНИЯ
И ОПЫТ ПОМОЩИ



1

Особый ребенок

исследования и опыт помощи

Научно-практический сборник

Выпуск 1

Электронное издание

Теревинф Москва 2016

УДК 615.851
ББК 74.3
О-75

О-75 **Особый ребенок.** [Электронный ресурс] : Исследования и опыт помощи ; Вып. 1 : науч.-практ. сб. – Эл. изд. – Электрон. текстовые (1 файл pdf : 128 с.). – М. : Теревинф, 2016. – Систем. требования: Adobe Reader XI ; экран 10".

ISBN 978-5-4212-0354-4

Первый выпуск научно-практического издания «Особый ребенок: исследования и опыт помощи», учредителем которого является РБОО "Центр лечебной педагогики" (ЦЛП) – одна из первых в России негосударственных организаций, занимающихся с детьми с тяжелыми нарушениями развития. Выпуск составили материалы семинара, проходившего в ЦЛП в мае 1998 года, посвященного проблемам школьной дезадаптации. Семинар проходил под руководством ст. науч. сотрудника лаборатории нейропсихологии факультета психологии МГУ, председателя Экспертного совета ЦЛП, канд. психол. наук А. А. Цыганок.

УДК 615.851
ББК 74.3

Деривативное электронное издание на основе печатного аналога: Особый ребенок. Исследования и опыт помощи. Вып. 1: науч.-практ. сб. – М. : Теревинф, 1998. – 126 с.

Электронное издание книги выпущено в рамках благотворительной программы «Особые люди». Программа реализуется РБОО «Центр лечебной педагогики» при поддержке Министерства экономического развития РФ.

В соответствии со ст. 1299 и 1301 ГК РФ при устранении ограничений, установленных техническими средствами защиты авторских прав, правообладатель вправе требовать от нарушителя возмещения убытков или выплаты компенсации

© Центр лечебной педагогики, 1998
© Теревинф, оформление, 1998

ISBN 978-5-4212-0354-4

Уважаемый читатель!

Сборник, который вы сейчас открыли, является первым выпуском нового продолжающегося научно-практического издания «Особый ребенок: исследования и опыт помощи». Учредитель издания, московский Центр лечебной педагогики (ЦЛП), — существующая с 1989 г. благотворительная негосударственная организация, занимающаяся помощью детям с различными проблемами психического развития.

В основу работы Центра положена концепция, заключающаяся в признании возможности каждого ребенка развиваться и обучаться, а также достойно жить в обычной, а не ограниченной узкими контактами среде. На наш взгляд, будущее — не за интернатной системой, изолирующей «особого» ребенка от семьи и общества; дети должны воспитываться в семье, получающей при необходимости постоянную помощь специалистов. Коллектив таких специалистов и собран в нашем Центре.

Свой опыт, а также опыт близких нам по своему подходу организаций и отдельных специалистов мы хотели бы распространять с помощью нового издания. Особое внимание мы предполагаем уделить публикации материалов, которые дают возможность читателям познакомиться с теми знаниями, концептуальными позициями, методами, которые непосредственно применимы на практике. Нам хорошо известно, что существует множество специалистов — великолепных практиков с развитой интуицией, получающих замечательные результаты, но порой не умеющих излагать свой опыт в письменной форме. Мы считаем, что непременно должны помочь таким специалистам представить свои достижения в виде публикации.

Сказанное не означает, что мы не собираемся публиковать научные статьи. Наоборот, связи практической работы с передовыми теоретическими достижениями мы придаем очень важное значение. Для такого рода публикаций в нашем издании предусмотрена специальная рубрика со строгими критериями отбора чисто научных публикаций, включая традиционное для научных журналов рецензирование экспертами.

Нацеленность на установление тесной связи между теоретическими разработками и практической работой обусловила приглашение в редколлегию специалистов разных профилей, различных направлений и научных школ, но непременно работающих постоянно с детьми. Состав редколлегии не окончательный, он постепенно будет пополняться и другими специалистами.

Название «Особый ребенок» обязывает нас излагать опыт работы с разными детьми. Разве нет проблем у одаренных детей? В сложные ситуации попадают и обычные дети. Все это может находить отражение на страницах нашего издания. Основное внимание, тем не менее, будет обращено на детей с выраженными проблемами развития и социальной адаптации.

Содержание первого выпуска составили материалы семинара, проходившего в ЦЛП в мае 1998 г. и посвященного проблемам школьной дезадаптации. Более подробно выпуск представлен в предисловии приглашенного редактора, ст. науч. сотрудника лаборатории нейропсихологии факультета психологии МГУ, председателя Экспертного совета ЦЛП, канд. психол. наук А. А. Цыганок.

Издание «Особый ребенок» задумано как часть многоуровневой информационной системы, построенной с привлечением современных телекоммуникационных технологий. Эта система включает телеконференцию relcom.child.special, образованную недавно в сети Релком, а также электронную библиотеку, доступную через Интернет. Более подробно о телекоммуникационных составляющих системы «Особый ребенок» мы планируем рассказать в следующем выпуске.

Содержимое редакционного портфеля (а в нем имеются материалы уже на несколько выпусков) свидетельствует о том, что наше издание может оказаться полезным не только специалистам, но и многим родителям, углубленно интересующимся проблемами своих детей.

Мы хотели бы также обратить внимание читателя на помещенное в конце выпуска сообщение о распространяемых ЦЛП книгах, близких по своей направленности настоящему изданию. Подобные сообщения мы собираемся помещать и в дальнейшем.

Следует отметить, что настоящий выпуск по своей структуре и оформлению не обязательно представляет окончательную модель издания — в будущем могут произойти различные изменения, улучшающие подачу и восприятие материала. Поэтому мы предлагаем нашим читателям высказывать свои предложения и пожелания, к которым обещаем отнестись с максимальным вниманием.

Предисловие редактора выпуска

Опубликованные в настоящем сборнике материалы представляют собой изложение докладов, прочитанных на семинаре «Организация службы социально-психологической помощи детям с острой школьной дезадаптацией и их семьям», проходившем в Центре лечебной педагогики 4–7 мая 1998 г. В семинаре приняли участие 114 специалистов (дефектологов, педагогов, психологов, врачей, арт-, игро- и музыкотерапевтов) из 29 городов России и Украины.

Трудности адаптации детей в школе обсуждаются в настоящее время всеми специалистами, так или иначе вовлеченными в работу с детьми. При этом многие из таких специалистов просто бьют тревогу из-за низкого уровня знаний, слабого социального развития детей, ухудшения их здоровья (есть данные о том, что среди выпускников средних школ здоровыми могут считаться лишь 10–15%).

Для того чтобы помочь справиться со школьными проблемами детям, педагогам, обществу в целом, необходимо понять, что же реально происходит в нашей школе, почему мы резко теряем позиции в образовании, бывшие до недавнего времени достаточно высокими? И можно ли как-то изменить существующее положение?

Материалы, помещенные в данном сборнике, помогают найти ответы на эти вопросы. Они представляют мнение разных специалистов о том, почему многие дети с таким трудом приспосабливаются к школьной жизни; в чем причины этого явления, как можно их выявить и, если возможно, смягчить или устранить; что делать, если «взаимная нелюбовь» учащегося и школы зашла слишком далеко.

Вопросов специалисты ставят очень много, иногда обсуждаемые проблемы кажутся мелкими и несущественными, но их решение порой способствует движению вперед. Например, какой термин больше подходит для обозначения нарушенной адаптации: распространенное в научной и популярной литературе слово «дезадаптация» или же более редкое «дизадаптация»? Некоторые авторы полагают,

что термин «дизадаптация» точнее отражает идею о множественности ступеней на пути к полной неадаптированности (эта позиция в наиболее развернутом виде представлена в статье А. А. Северного), других авторов вполне устраивает традиционное «дезадаптация». В названии семинара и, соответственно, настоящего сборника мы использовали термин «дезадаптация» как более привычный широкому кругу специалистов, но в названиях и текстах статей можно встретить оба написания (в зависимости от позиции автора). Видимо, вопрос о предпочтительной форме данного слова требует дополнительного профессионального обсуждения.

Однако, безотносительно от способа именования, само явление, как носящее весьма многосторонний характер, требует столь же многостороннего исследования.

Прежде всего возникает вопрос: какие трудности первичны — возникающие у ребенка уже во время обучения в школе или же обусловленные ранее приобретенным опытом, мешающим ребенку спокойно перейти к существованию в новых обстоятельствах? Ведь хорошо известно, что дети приносят с собой в первый класс все проблемы дошкольной жизни и что эти проблемы могут позднее обостриться при смене круга общения, решаемых задач, переносимых нагрузок. Если переход в школьную среду не был предварительно подготовлен, эта среда может показаться ребенку очень жесткой, неудобной, недоброжелательной, даже если сама школа очень хорошая. Опыт показывает, что для развития личностно-волевых качеств ребенка среду нельзя смягчать до бесконечности, доводить до состояния полного комфорта. Ее необходимо структурировать, приводить в соответствие со спецификой ребенка — его развивающегося организма, интеллекта, личности в целом.

Ребенок приносит с собой в школу много индивидуальных особенностей, без учета которых полноценное общение с ним, а тем более обучение, невозможны. Так, например, каждый ребенок наделен особыми, ему присущими свойствами развития и функционирования психических процессов. Один лучше воспринимает и запоминает информацию после объяснения учителем на уроке; другой — прочитав учебник или «зарисовав» объяснение в виде символов, схем, графиков, реалистических изображений; третий — придав изложению материала особый ритм. Таких способов может быть очень много, все их невозможно даже представить. Неумение же

использовать ведущие способы памяти может привести к тяжелым последствиям. То же можно сказать относительно не только памяти, но и других психических процессов.

Очень часты явления, когда некоторые дети не успевают выполнять задания вместе с классом или же, наоборот, справляются с ними гораздо быстрее. У таких детей темп, ритм, скорость работы отличаются от средних показателей. Создав подобным детям условия для работы в особом динамическом режиме, можно добиться очень высоких показателей в их обучении.

Каждый ребенок приходит в школу со своим социальным опытом, часто не умея вести себя в новых обстоятельствах. Его несговорчивость, сопротивление могут быть связаны с незнанием, а не с «природной вредностью» характера. Хотя, безусловно, ранее приобретенные способы реагирования, индивидуально-психологические особенности эмоционально-волевой сферы, конечно же, оказывают свое влияние на поведение ребенка в школе.

Очень различаются и условия жизни в разных семьях. Одни родители всячески опекают детей, защищают их от неблагоприятных воздействий, уводят от конфликтов. Другие, наоборот, настаивают на строгом подчинении, выполнении любых приказов, обвиняют ребенка во всем, что с ним происходит. Сложившиеся в семье отношения со взрослыми ребенок так или иначе воспроизводит в школе.

Вообще, гармоничные отношения в семье помогают ребенку быстрее и спокойнее приспособиться к любым изменениям в жизни. Однако часто родители предъявляют к детям нереальные требования: среагировав на жалобы учителя, они начинают «давить» на ребенка, обвиняя его в лени, нерадивости, нежелании учиться. При этом вины ребенка в получении плохих отметок нет: он просто не в состоянии без помощи взрослых справиться со своими трудностями. Ребенок оказывается один между двух враждебных ему взрослых — учителем и родителем и в итоге отказывается учиться, ходить в школу, ищет выхода в других, часто асоциальных формах деятельности. Поэтому с семьей необходимо осуществлять направленную работу.

Нельзя забывать и о том, что большинство детей приходят в школу просто нездоровыми, что совершенно не помогает им спокойно и равномерно учиться, взаимодействовать со средой.

Для того чтобы помощь ребенку со стороны специалистов была полноценной, целесообразно соблюдать следующие рекомендации:

— в ходе подготовки детей к школе, помощи им в адаптации к школьной среде, коррекции (в случаях, когда появляются или обостряются проблемы) необходима координация усилий разных специалистов. Лишь при ее наличии воздействие на ребенка оказывается не разнонаправленным, а единым и согласованным;

— помощь ребенку надо начинать оказывать как можно раньше, при первом проявлении какого-то неблагополучия;

— очень распространенным явлением в наше время стала диагностика (в частности, разные виды тестирования), не подкрепленная последующей коррекцией и вообще какой бы то ни было помощью. Диагностикой без возможности коррекции пользоваться не следует, поскольку родителям лучше не знать о проблемах своего ребенка, чем не представлять, что с ними делать, или оправдывать ими его неудачи;

— часто встречается и следующая ошибка: при выявлении у ребенка слабости (несформированности), например, пространственных представлений или процессов программирования и контроля, специалисты начинают работать над коррекцией познавательной сферы, забывая, что любое нарушение или несформированность вызывают системные изменения и затрагивают не только познавательный уровень, но и поведенческий, личностный. Проблемы, «укорененные» на последних названных уровнях, тоже требуют своего разрешения, и, возможно, соответствующую помощь надо начинать раньше, чтобы затем не появилась необходимость лечения у психиатра.

Хотелось бы также отметить важность процессов интеграции, которые предполагают совместное воспитание и обучение обычных и «проблемных» детей. Значительная роль в формировании единого образовательного пространства принадлежит специалистам. При этом на первый план выходят вариативные программы обучения, обеспечивающие плавный переход ребенка со ступеньки на ступеньку. Вся система обучения и воспитания должна работать на повышение его уровня образования, использование всех имеющихся у него резервов.

Конечно же, как в настоящем предисловии, так и во всем сборнике рассмотрены и даже названы далеко не все проблемы школьной дезадаптации и вызывающие их причины, указаны отнюдь не все возможные пути преодоления даже выявленных проблем. Однако

хотелось бы надеяться, что этот сборник хотя бы немного будет способствовать решению обозначенных выше задач.

Проект, в рамках которого Центром лечебной педагогики был проведен семинар «Организация службы социально-психологической помощи детям с острой школьной дезадаптацией и их семьям», был поддержан Институтом «Открытое общество» (Фонд Дж. Сороса), грант ИОО № С2В703. Число участников семинара удалось значительно увеличить благодаря дополнительному финансированию со стороны Дияконической службы Евангелической церкви Германии (проект № 970902-EZE).

А. А. Цыганок

Особый ребенок: исследования и опыт помощи
1998. — Вып. 1. — С. 10–17

Роль психических нарушений в возникновении школьной дизадаптации детей и подростков

Иовчук Н. М.

Дано определение школьной дизадаптации. Названы основные формы проявления школьной дизадаптации, рассмотрен комплекс факторов, участвующих в ее формировании. Перечислены ранние признаки школьной дизадаптации и ее тяжелые проявления. По мнению автора, центральное место в происхождении школьной дизадаптации занимает психический фактор — особенности личности ребенка. Представлены результаты обследования с точки зрения дизадаптированности учащихся лица-гимназии и коррекционной школы. Проведенное обследование подтвердило тезис о ведущей роли психического и, следующего по значимости, семейного фактора в развитии школьной дизадаптации.

Школьная дизадаптация — невозможность обучения и адекватного взаимодействия ребенка с окружением в условиях, предъявляемых данному конкретному ребенку той индивидуальной микросоциальной средой, в которой он существует.

Явление школьной дизадаптации как специфический вариант социальной дизадаптации, требующий особых методических социо-реабилитационных разработок, охватывает определенную, достаточно четко очерченную социальную группу — как в возрастном, так и в специфически профессиональном аспекте. Дизадаптация (нарушение приспособления, в данном случае социального приспособления) предполагает, по меньшей мере, три стороны процесса: субъект, адаптация которого нарушена; среда, с которой оказывается невозможным или затрудненным взаимодействие субъекта; и нарушенные условия адекватного (не вызывающего противодействия ни субъекта, ни среды) их взаимодействия.

Субъект (ребенок-ученик), как сторона этого процесса, в основных своих проявлениях остается принципиально неизменным на протяжении многих тысячелетий при всей своей индивидуальной нормальной и патологической вариабельности. Тем не менее, современная отечественная система школьного обучения закономерно приводит ребенка к дизадаптации именно вследствие нежелания либо неспособности или невозможности в силу макросоциальных условий учитывать эту естественную вариабельность.

При школьной дизадаптации становится невозможным обучение по программе, соответствующей интеллектуальным способностям ребенка или подростка, либо согласующееся с принятыми дисциплинарными нормами пребывание в школе.

Проявления школьной дизадаптации выступают в четырех основных формах: нарушение обучения, нарушение поведения, нарушение контактов и смешанная форма, включающая сочетание указанных нарушений.

В формировании школьной дизадаптации участвует, как правило, целый комплекс факторов:

1) *Собственно школьный фактор*: отсутствие индивидуального подхода к ребенку; неадекватность воспитательных мер; несправедливое, грубое, оскорбительное отношение учителя; занижение им оценок; отсутствие своевременной помощи даже при обоснованном пропуске занятий; непонимание душевного состояния школьника.

2) *Семейный фактор*: бедность; неблагоприятные жилищные условия; неполнота семьи; дисгармония и тяжелый эмоциональный климат в семье; трудовая незанятость родителей или, напротив, их чрезмерная занятость; алкоголизм одного или обоих родителей; хронические, в том числе психические, заболевания членов семьи; отторжение ребенка родителями, его заброшенность, запущенность; гиперопека со стороны родителей, заласкивание, вседозволенность или, наоборот, жестокое, чрезмерно требовательное и холодное отношение родителей; противоречивость их требований, непоследовательность в применении форм поощрения и наказания (при нескольких взрослых, выполняющих в семье функции воспитателя).

3) *Средовой фактор*: влияние среды сверстников, «улицы»; привлекательность свободного от занятий и обязанностей образа жизни; воздействие исходящей от асоциальной среды нигилистической и

оппозиционной идеологии; наличие искаженного образа «лидера», «кумира»; доступность алкоголя, наркотиков; легкость незаконного заработка; притягательность острых ощущений и новых впечатлений; создание романтического ореола вокруг нарушений закона; противоречивость политических взглядов в одной семье; несоответствие высказываемых родителями принципов чести, совести, достоинства их реальным поступкам.

4) *Социальный фактор* (приобретает особое значение в период социально-экономической и политической нестабильности общества): утрата прежних идеалов при отсутствии новых; стремление к обогащению при потере интереса к приобретению специальности и профессионализму; поляризация общества; появление множества значимых для подростка сверхдорогих соблазнов; безнаказанность воровства и взяточничества; пропаганда зла, насилия, сексуальной распущенности, жестокости средствами массовой информации.

5) *Соматический фактор*: наличие тяжелых соматических заболеваний, в том числе инфекционных, оставляющих после своего завершения длительные состояния астении; хронических соматических заболеваний, требующих длительного и частого стационарного лечения; врожденных уродств; нарушений двигательного аппарата, зрения, слуха, речи.

6) *Психический фактор*: инвалидизирующие тяжелые психические заболевания (у детей и подростков встречаются относительно редко и не исчерпывают психической патологии, способной вызвать глубокие формы школьной дизадаптации. В преобладающем большинстве случаев психические расстройства, составляющие основу школьной дизадаптации, относятся к разряду пограничных — они перечисляются далее); резидуально-органические поражения центральной нервной системы (ЦНС) с церебрастенией, снижением целенаправленности, волевой активности, искажением познавательных процессов, дисгармоничностью психического развития, гипердинамическим синдромом; проявления патологических черт характера: возбудимости, неустойчивости, аутичности, истероидности, эпилептоидности или мозаичности; патологическое протекание пубертатного криза; наличие невротических реакций и реактивных депрессий, неврозов, проявлений невротического развития; задержка психического развития, особенно в сочетании с педагогической запущенностью; присутствие душевных заболеваний в легких и латентных

формах; ремиссии после перенесенных приступов эндогенных заболеваний.

7) *Коррекционно-профилактический фактор*: наличие или отсутствие коррекционной и/или профилактической медико-психологической службы; при ее наличии — квалификация специалистов такой службы и уровень междисциплинарного взаимодействия в ней.

Ранними признаками школьной дизадаптации являются: появление неудовлетворительных оценок у детей, прежде хорошо успевающих; удлинение времени, необходимого для приготовления домашних заданий; появление потребности в помощи родителей или репетиторов; утрата интереса к учебе; страх перед ситуациями, связанными с проверкой уровня знаний (контрольными, зачетами, экзаменами); отказ отвечать у доски; прогулы, отгороженность, антидисциплинарные поступки.

Среди тяжелых проявлений школьной дизадаптации можно назвать неуспеваемость; второгодничество; «школьную фобию»; дисциплинарные нарушения с озорством, драками, срывом уроков; грубые формы поведенческих расстройств с воровством, бродяжничеством, употреблением алкоголя и наркотических веществ, ранними сексуальными связями; изоляцией среди одноклассников; конфликты с ними, родителями и педагогами; наконец, полную невозможность пребывания в стенах обычной школы. Во всех случаях школьная дизадаптация не является внезапной, а нарастает постепенно — в течение 1–5 лет.

Школьная дизадаптация представляет собой сложное вторичное социально-личностное явление, возникающее при нарушении взаимодействия школьника и среды. При изучении этого явления следует учитывать психологический климат в педагогическом коллективе, личностные характеристики учителей, администрации и персонала школы, психогигиенические факторы учебного процесса, взаимоотношения в семье, психическое здоровье родителей школьника, межперсональные отношения в среде сверстников и т. п. Любой из перечисленных факторов может создавать предпосылки для возникновения школьной дизадаптации, но центральное место в ее происхождении все же занимает психический фактор — особенности личности ребенка во всем их многообразии в процессе становления и взаимодействия со средой.

Для определения места психического и семейного факторов в возникновении школьной дизадаптации обследованы все учащиеся одной из коррекционных школ Москвы, а также дети и подростки с начальными признаками школьной дизадаптации (школьной декомпенсацией), обучающиеся в лицее-гимназии.

За достаточно однообразными проявлениями школьной дизадаптации скрывалась крайне многообразная психическая патология, преимущественно пограничного уровня: остаточные явления резидуально-органического поражения ЦНС (25%), психопатия и психопатоподобный синдром различного генеза (41%), реактивные и невротические депрессии (6%), пограничная умственная отсталость (3%), невротические реакции (2%), циклотимия (2%), шизофрения (15%). У больных шизофренией преобладали пролонгированные циклотимоподобные и гебоидные шубы, а также ремиссионные состояния с психопатоподобным или астеническим дефектом. Из числа обследованных учащихся 15% находились под наблюдением психиатра, лечились в Московской городской детской психиатрической больнице № 6, подростковых отделениях психиатрической больницы № 15 или в психоневрологическом санатории № 44.

Семьи учащихся коррекционной школы в подавляющем большинстве случаев были крайне неблагополучными. В 64% случаев эти семьи были неполными, чаще всего в связи с разводом, реже — со смертью, лишением прав материнства или отцовства, тюремным заключением одного из родителей; 8% детей были полными сиротами. В 28% случаев семьи являлись полными, но среди них в 78% отец, мать или оба родителя страдали алкоголизмом или наркоманией, были безразличны к детям или отличались особой жестокостью; в 5% случаев полные семьи были многодетными или отличались крайней бедностью; в 20% случаев один из родителей страдал душевным заболеванием и фактически был инвалидом.

Учебная программа в гимназии с углубленным и ускоренным обучением рассчитана на детей с высоким уровнем интеллектуального развития. Несмотря на строгий отбор учащихся в такую школу, реализация природных способностей у части школьников была затруднена в связи с различными видами пограничной психической патологии.

При изучении данного явления было установлено, что причины декомпенсации учащихся гимназии в основном совпадают с причи-

нами дизадаптации в тяжелых формах у учащихся коррекционной школы. Основными дизадаптирующими факторами в 1–5 классах (7–11 лет) оказались гипердинамический синдром, церебрастения, тормозимость и замкнутость; в 6–8 классах (12–14 лет) — ранние специфические подростковые проявления (оппозиционность, негативизм, мировоззренческие расстройства, стремление к эмансипации и группированию); в 9–11 классах (15–17 лет) — личностные декомпенсации (у психопатических и акцентуированных личностей), различные виды депрессий (в том числе эндогенные депрессии с бредом, дисморфофобией, суицидальным поведением), невротические состояния. Частота депрессивных состояний у старших школьников с высоким интеллектом оказалась значительно выше (до 68% в гуманитарных и 30% в математических классах), чем в обычной школе (22%).

В то же время в лицее-гимназии, т. е. школе с интенсивными формами обучения, в основном наблюдались временные состояния декомпенсации, характеризующиеся некоторым падением успеваемости, прогулами и изменением поведения; не отмечалось глубоких форм школьной дизадаптации, требующих специальных методов коррекции. Это обстоятельство, по-видимому, обусловлено не столько высоким интеллектом и целенаправленностью учащихся, сколько индивидуальным педагогическим подходом и профилактической работой медико-психологической службы (с присутствием в ее составе и врача-психиатра). Следует отметить, что, в отличие от семей учащихся коррекционной школы, семьи учащихся гимназии в преобладающем большинстве случаев являлись социально благополучными, полными и более обеспеченными.

Основные направления деятельности школьной медико-психологической службы включали: разработку адекватных диагностических методик для отбора и динамического наблюдения школьников; отбор детей, способных к интенсивному обучению; динамическое наблюдение и медико-психологическую поддержку школьников с признаками повышенного риска по школьной дизадаптации (с пограничной психической патологией, соматически ослабленных, страдающих хроническими соматическими заболеваниями); работу с педагогами для выработки индивидуального учебно-воспитательного подхода; работу с семьей.

Проведенное исследование еще раз подтверждает, что развитие школьной дизадаптации происходит благодаря сочетанию многих факторов, ведущие из которых — психический и семейный. Особенно ощутимо их воздействие при отсутствии индивидуального учебно-воспитательного подхода к каждому школьнику и школьной медико-психологической службы, направленной на профилактическую работу с учащимися и выявление среди них групп повышенного риска.

Развитие школьной дизадаптации — процесс всегда мучительный, длительный, но почти всегда доступный предотвращению при комплексном (междисциплинарном) профилактическом подходе. Между тем именно профилактике меньше всего уделяется внимания в школе и детском саду, хотя термин «группы риска», так часто употребляемый различными специалистами, ассоциируется в первую очередь именно с профилактическим подходом. Система профилактики школьной дизадаптации, охватывающая не только школу, но и дошкольные детские учреждения, пока существует лишь в зачаточном состоянии и лишь в отдельных детских учреждениях, хотя она не только гуманнее, но и дешевле системы коррекции глубоких форм школьной и социальной дизадаптации. Впрочем, о профилактике школьной дизадаптации как о системе помощи говорить, по-видимому, преждевременно, поскольку «факторы риска» перечисляются специалистами скорее интуитивно или исходя из предшествующего опыта: корректные исследования данной проблематики, основанные на многофакторном анализе, катamnестическом исследовании и большом статистическом материале, пока отсутствуют. Незаработанными остаются также комплексные дифференцированные профилактические методики.

Ввиду преобладания у детей и подростков со школьной дизадаптацией психической патологии пограничного уровня коррекционная и профилактическая работа с ними специалистов какого-то одного профиля оказывается малопродуктивной: для этого требуются усилия различных специалистов — психологов, педагогов, психиатров, педиатров, психотерапевтов, семейных терапевтов, дефектологов, социальных работников, юристов. Таким образом, возникает необходимость междисциплинарного взаимодействия, но, к сожалению, за годы существования коррекционных центров к гармоничному, продуктивному междисциплинарному взаимодействию, основанному на взаимопонимании и взаимообучении, пришли лишь немногие из

них. Реальная эффективность работы коррекционных центров больше всего обусловлена их способностью к саморазвитию по мере накопления собственного опыта, готовностью к обучению исходя из проявившихся потребностей, открытостью к использованию опыта других подобных учреждений — как отечественных, так и зарубежных.

Иовчук Нина Михайловна — психиатр, д-р мед. наук, вед. науч. сотрудник Института педагогики социальной работы РАО (129278, Москва, ул. Павла Корчагина, д. 7а), вед. науч. сотрудник НИИ психиатрии Минздрава РФ (Москва), председатель ученого совета Независимой ассоциации детских психиатров и психологов (Москва); эл. почта: iacpp@glasnet.ru

Агрессивное поведение у детей

Ениколопов С. Н.

Проведен развернутый анализ исследований, посвященных проблемам агрессивности у детей. Даны определения агрессии и агрессивности, установлено место агрессивных действий в общей структуре поведения ребенка. Указаны критерии, в соответствии с которыми устанавливается агрессивность индивида. Приведены результаты исследований, посвященных генезису агрессивности; сформулированы выводы, касающиеся влияния семьи на агрессивность ребенка. Подробно рассмотрена проблема воздействия средств массовой информации на агрессивное поведение. Перечислен ряд факторов, влияющих на формирование агрессивности. По мнению автора, новые исследовательские программы должны быть направлены на выработку мер психологической коррекции агрессивного поведения.

В работах, посвященных проблемам воспитания «трудных» подростков, а также отклонениям в их социальном поведении, на одно из первых мест ставится проблема агрессивности. Многие авторы отмечают, что агрессивность затрудняет приспособление детей к условиям жизни в обществе и играет значительную роль в отклоняющемся от нормы поведении несовершеннолетних. Их агрессивность часто сопровождается значительными эмоциональными нарушениями. Они, как правило, импульсивны, раздражительны, вспыльчивы, что затрудняет их общение с окружающими и создает значительные трудности с точки зрения их воспитания. Не анализируя сейчас причины такого поведения, следует отметить, что оно вызывает соответствующую реакцию окружающих, а это, в свою очередь, ведет к усилению агрессивности, т. е. возникает типичная ситуация порочного круга. Таким образом, исследование агрессивного поведения детей и молодежи важно еще и потому, что оно существенным образом сказывается на частоте и интенсивности агрессивных, насильственных действий населения всех возрастных групп.

Агрессия понимается нами как целенаправленное разрушительное поведение, противоречащее нормам и правилам существования людей в обществе, наносящее вред объектам нападения (одушевлен-

ным и неодушевленным), причиняющее физический ущерб людям и вызывающее у них психологический дискомфорт (отрицательные переживания, состояние психической напряженности, страха, подавленности и т. д.). При этом агрессивные действия выступают:

- в качестве средства достижения значимой цели;
- как способ психологической разрядки, замещения блокированной потребности и переключения деятельности;
- как самоцель, удовлетворяющая потребность в самореализации и самоутверждении.

В последнем случае агрессивность непосредственно связана с «Я-концепцией» личности.

Агрессивность можно определить как личностную характеристику, приобретенную и зафиксированную в процессе развития личности на основе социального научения и заключающуюся в агрессивных реакциях на разного рода раздражители.

Показателем агрессивности является количество агрессивных реакций, имеющих место в действительности или проявляющихся в фантазиях. Лица, отличающиеся высокой агрессивностью, ведут себя соответствующим образом в различных ситуациях по отношению к другим людям и всевозможным социальным объектам. Агрессия является одним из распространенных способов решения проблем, возникающих в сложных ситуациях, вызывающих психическую напряженность, фрустрацию. При этом важно отметить, что агрессивные действия, используемые для преодоления трудностей и снятия напряженности, могут быть не всегда адекватны ситуации.

В исследованиях агрессии выделяются критерии, на основании которых можно сделать вывод относительно агрессивности индивида. Наиболее часто упоминаются частота и количество агрессивных проявлений. Агрессия характеризуется также значительной интенсивностью и неадекватностью по отношению к раздражителям. Интенсивность и неадекватность агрессивных реакций зависят от предыдущего опыта, культурных норм и стандартов, от реактивности нервной системы, силы и равновесия нервных процессов, а также от восприятия и интерпретации различных раздражителей, способных вызвать агрессию, и т. п. Для преступников, прибегающих к агрессии (грабителей, хулиганов, убийц и т. п.), характерны такие свойства эмоционально-волевой и ценностно-нормативной сфер личности, как тревожность, эмоциональная неустойчивость, слабая способ-

ность к самоконтролю, конфликтность, враждебность, дефектность ценностной системы (особенно в области целей и смысла жизни). Можно утверждать, что агрессия как форма поведения находится в прямой зависимости от всего комплекса личностных качеств, детерминирующего, направляющего и обеспечивающего реализацию агрессивного поведения. Однако содержание и структура этого психологического образования, механизмы реализации агрессии нуждаются в уточнении, что должно стать предметом дальнейших исследований.

Одну из наиболее важных ролей в агрессивном поведении играет научение. На первом месте здесь стоит влияние взаимоотношений родителей, ссоры и драки между ними, а также агрессивное поведение родителей по отношению к другим людям. Исследования А. Бандуры [1] показали, что в семьях агрессивных детей имели место враждебные, агрессивные отношения между родителями. Зависимость между агрессивностью и злобностью детей, с одной стороны, и распрями между родителями — с другой, подтверждаются и иными исследователями (см., например, [2]). Говоря о том, что представляемые родителями модели поведения влияют на поведение детей, исследователи указывают и на такой фактор, как взаимные эмоциональные отношения. Позитивная эмоциональная связь облегчает подражание. Этот вид научения агрессивному поведению чрезвычайно характерен как в детском, так и в подростковом возрасте. Важно отметить, что у ребенка часто имеет место тенденция к «идентификации с отцом», когда ребенок старается уподобиться «агрессору», вести себя так, чтобы избежать наказания. Следует подчеркнуть, что роль модели для подражания может выполнять не только поведение родителей, но и их взгляды, система ценностей и отношений. Эта «идеальная» модель может быть представлена и опосредованно: как домашние беседы, рекомендации почитать ту или иную книгу, посмотреть тот или иной фильм, как похвалы тому или иному образцу поведения. Представляется, что сочетание таких различных способов моделирования агрессии, как само агрессивное поведение родителей и одобрение ими агрессивного поведения других, может дать даже больший эффект, чем принятие родителями агрессивного поведения их детей при одновременном неагрессивном поведении их самих.

Наказания, применяемые взрослыми, следует также рассматривать как акты агрессии, которые могут стать моделью агрессивного поведения. Так, исследования поведения пятилетних детей [2] показали наличие зависимости между высокой агрессивностью и частотой применения к ним физических наказаний. Результаты исследований позволяют утверждать, что влияние отца и матери на агрессивность у мальчиков связано с различными факторами. Отцы агрессивных индивидов характеризуются значительной агрессивностью по отношению к окружающим их лицам (как к родственникам, так и к посторонним), часто применяют физические наказания по отношению к сыновьям. У матерей фактором, наиболее влияющим на агрессивность детей, является терпимость к их агрессивному поведению. На основании приведенных выше результатов исследований, посвященных генезису агрессивности, можно сделать следующие выводы, касающиеся влияния семьи на агрессивность:

- наличие нарушений в эмоциональных отношениях между родителями и детьми способствуют агрессивности;
- возникновению агрессивного поведения способствует равнодушие родителей к агрессивности своих детей;
- существенную роль в формировании агрессивности сыновей играет модель агрессивного поведения родителей (особенно отцов).

Другой важной проблемой является воздействие средств массовой информации, в первую очередь кино и телевидения, на агрессивное поведение. Можно выделить четыре основных группы вопросов, возникающих при исследовании влияния на детей и молодежь показа агрессивных действий на кино- и телеэкране.

1. *Эффект научения.* Проявляется ли эффект обучения новым формам агрессивного поведения при наблюдении детьми и подростками сцен насилия с помощью средств массовой информации (кино, телевидения, видео)? Какие условия, если они есть, поощряют реальное проявление агрессивных актов, скопированных с воспринятых через массовые коммуникации?

2. *Эмоциональное следствие.* Ведет ли повторение сцен насилия средствами массовой коммуникации к снижению эмоциональной чувствительности к насилию? Имеет ли отношение снижение эмоциональной чувствительности к вероятности актуального агрессивного поведения в реальной жизненной ситуации?

3. *Проблема катарсиса.* Ведет ли наблюдение за агрессией к агрессивному катарсису и, как следствие, к истощению агрессивной энергии? Ведет ли к катарсису наблюдение боли, ужаса, страдания?

4. *Проблема условий.* Имеются ли какие-либо условия при наблюдении сцен насилия, которые могут способствовать как подавлению (торможению), так и усилению агрессии?

Среди большинства исследователей агрессивного поведения практически нет расхождений при ответе на вопросы первой группы. Как показали многочисленные исследования, прежде всего А. Бандуры и его сотрудников [1], дети действительно обучаются новому для них агрессивному поведению при показе такого поведения в кино и по телевидению. Ответы на другие вопросы позволяют выделить три основных подхода к изучению влияния кино и телевидения на последующее агрессивное поведение и, соответственно, три основанных на этих подходах модели.

Первую объясняющую модель можно условно назвать «способствующей». Среди исследователей, разделяющих данную модель, существуют разногласия по вопросу о том, какие психологические механизмы и процессы способствуют тому, что просмотр сцен насилия облегчает реальное агрессивное поведение (повышает его вероятность). Одни авторы делают акцент на роли обучающе-моделирующих процессов [1]; другие — на роли «ключевого» процесса, когда реальное агрессивное поведение вызывается «ключевыми» стимулами, совпадающими с виденными ранее в кино и по телевидению [2, 3]; третьи подчеркивают, что наблюдаемая в фильмах агрессия становится «узаконенной» [4].

Вторую модель, существенно отличающуюся от первой, активно разрабатывают С. Фешбах и Р. Д. Сингер [5]. Ее можно назвать «моделью катарсиса». Центральным постулатом разработчиков этой модели является наличие у каждого индивида врожденного агрессивного влечения, которое варьируется лишь по степени интенсивности и уменьшается при участии в актах насилия. Фешбах утверждает, что врожденная агрессивная фантазия служит способом контроля над открытым выражением агрессии, и те, кто испытывает недостаток во внутренних ресурсах фантазии, могут использовать внешнюю агрессивную фантазию телевидения для этой цели.

Третья объяснительная модель — «возбуждающая». Она основывается на работах С. Шехтера [6] и других психологов [4], которые показали, что если некоторой возбуждающей процедурой вызывается усиление какого-либо влечения, то индивид объясняет это возбуждение определенными социальными и личностными причинами, т. е. опирается на взаимодействие между физиологическим состоянием и когнитивными процессами. Данная модель предполагает два механизма связи наблюдаемого с агрессией:

- а) эмоциональное возбуждение, которое зависит от контекста наблюдаемой программы;
- б) возбуждение, связанное с неопределенностью стимулов.

Модель катарсиса часто используется защитниками показа сцен насилия. Однако большинство исследователей [4, 7, 8], пытаясь повторить работы С. Фешбаха, получают результаты, опровергающие концепцию катарсического действия просмотра сцен насилия. Они отмечают противоречащее положением катарсической модели возрастание частоты и степени агрессивности после просмотра сцен насилия. В настоящее время нет доказательств того, что наблюдение насилия, боли, ужаса и страдания приводит наблюдателя к катарсису. Ответы на поставленные выше вопросы существенно различаются у ученых, опирающихся соответственно на «способствующую», «катарсическую» и «возбуждающую» модели. Кроме принятия или полного отрицания катарсического эффекта насилия обнаруживаются различия и в экспериментальных подходах, и в акцентуированных исследователями характеристиках изучаемого явления.

«Способствующая» модель существенно продвинула вперед наше знание о том, при каких условиях возникают или не возникают агрессивные последствия. Так, в рамках этой модели показано, что средства массовой коммуникации помогают детям определить свое отношение к другим людям, способствуют образованию у них представлений о вероятном поведении других людей. В результате просмотра кинофильмов и передач у подростков, как обнаружила американская комиссия по изучению преступности несовершеннолетних [4], формируются представления относительно того, каким способом лучше всего решать проблемы, возникающие между людьми. (Это чрезвычайно важно учитывать, обсуждая проблемы вредного влияния просмотра как сцен насилия и жестокости, так и порнографии.)

Более того, комиссия в своих материалах показала, что почти треть подростков, особенно из семей с низким доходом, полагала, что изображаемые в телевизионных передачах персонажи совершенно подобны людям из реальной жизни. В то же время, согласно проведенному комиссией анализу содержания телевизионных передач за год, большинство телегероев при решении своих проблем прибегают к насилию и редко наказываются за свои действия. Больше половины персонажей применяли насилие к другим людям независимо от того, были ли это «хорошие парни» или «плохие парни». В большинстве случаев агрессивное поведение персонажей приводило к счастливому концу, т. е. насилие представлялось действенным средством для достижения желаемой цели.

Кроме того, в телепередачах люди редко подвергаются аресту за насильственные действия и сравнительно немногие жертвы насилия испытывают физические страдания или умирают. Насилие, демонстрируемое по телевидению, не только эффективно, но к тому же безболезненно. Кино и телевидение играют роль не только в обучении насильственным действиям, но и в том, что с их помощью у молодежи могут формироваться такие способствующие насильственным, агрессивным действиям чувства, как предубеждение, враждебность, подозрительность и т. д.

Кроме семьи и средств массовой коммуникации на формирование агрессивности существенное влияние оказывают и различные учебно-воспитательные учреждения (детский сад, школа, ПТУ, техникум, вуз). К проблемам, связанным с закономерностями психического развития человека в этом достаточно большом и важном периоде обучения, прибавляются проблемы, связанные с взаимодействием в различных формальных и неформальных группах, а также влиянием учителей и воспитателей. В отечественной психологии и педагогике существует большое количество работ, посвященных исследованию специфики поведения детей и подростков в период обучения (см., например, [9, 10]). В ряде работ были выделены закономерности и феномены, связанные с особенностями поведения «трудных» подростков.

Многие отечественные и зарубежные исследователи считают, что в основе отклонений в процессе формирования личности лежат прежде всего неудовлетворенные потребности общения, слабость социально ценных связей. Асоциальное, в том числе и агрессивное,

поведение в дошкольном возрасте имеет своим источником прежде всего нарушение общения в семье, в результате чего у детей искажаются этические понятия и моральные ценности. Общение в детском саду, а в дальнейшем и в школе, не только не компенсирует недостатки семейного общения, но чаще всего усугубляет положение. Основными видами компенсаторной деятельности для дошкольников и младших школьников являются сублимация и фантазия, а для подростков более типичны рационализация и фрустрация.

В развитии такой формы отклоняющегося поведения, как агрессия, играет роль не только нарушение общения, но и ряд других проблем, с которыми сталкиваются дети в учебно-воспитательных учреждениях. Одна из них — дидактогения (невротические расстройства, возникающие в связи с процессом обучения).

Следует отметить, что несмотря на бесспорную важность этой проблемы, ее роль в возникновении отклоняющегося поведения, особенно таких ее форм, как агрессия и суицид, еще недостаточно изучена. Современное состояние исследований влияния школы на агрессивное поведение как в отечественной, так и в зарубежной психологии не может быть признано удовлетворительным. Недостаточно разработаны вопросы возрастных различий и агрессивности, хотя известно, что стимулы, вызывающие агрессивную реакцию у учеников младших классов, существенно отличаются от стимулов, вызывающих агрессию у старшеклассников.

В последние годы важной проблемой становится изучение женской агрессивности, так как во многих странах, в том числе и в России, отмечается резкий рост женского агрессивного поведения, особенно подросткового. Другой проблемой является исследование группового агрессивного поведения подростков, так как насильственные, хулиганские действия, жестокость, вандализм очень характерны для группового поведения данного возрастного периода. Особая тема — агрессивное поведение в различных воспитательно-трудовых учреждениях, эффективность перевоспитания в которых недостаточно высока. Существующие исследования [11] показывают, что в этих учреждениях часто возникает так называемая субкультура насилия, которая способствует генерализации агрессии.

В заключение можно сделать вывод о том, что в настоящее время необходима интенсификация исследований агрессивного поведения. Усилия должны быть сконцентрированы на проведении исследова-

тельских программ, целью которых должна стать выработка мер психологической коррекции агрессивного поведения.

Литература

1. *Bandura A.* Aggression: A social learning analysis. — N.J., 1973.
2. *Olweus D.* Aggression in the school: Bullies and whipping boys. — Washington, 1978.
3. *Berkowitz L.* Frustration-aggression hypothesis: Examination and reformulation // *Psychol. Bull.* — 1989. — Vol. 106. — P. 59–73.
4. *Television and behavior* / National Institute of Mental Health. — 1982.
5. *Feshbach S., Singer R. D.* Television and aggression. — San Francisco, 1971.
6. *Schachter S.* Emotion, obesity and crime. — N.Y., 1971.
7. *Eron L. D.* The development of aggressive behavior from the perspective of a developing behaviorism // *American Psychologist.* — 1987. — Vol. 42. — P. 435–442.
8. *Huesmann L.* An information processing model for the development of aggression // *Aggressive Behavior.* — 1988. — Vol. 14. — P. 13–24.
9. *Антоян Ю. М.* Психологическое отчуждение личности и преступное поведение. — Ереван, 1987.
10. *Пирожков Ф. В.* Криминальная психология. Психология подростковой преступности. — М., 1998.
11. *Хохряков Г. Ф.* Тюрьма: возможности исправления и перевоспитания. — М., 1991.

Ениколопов Сергей Николаевич — канд. психол. наук, доцент, зав. отделом клинической психологии Научного центра психического здоровья РАМН (115522, Москва, Каширское ш., д. 34), член правления Независимой ассоциации детских психиатров и психологов (Москва)

Особенности психических процессов у детей с врожденной патологией мозолистого тела (обзор литературы)

Величко М. А., Ковязина М. С.

Проанализированы публикации, посвященные роли мозолистого тела (МТ) в межполушарном взаимодействии и нарушениям совместной работы полушарий головного мозга при аномалиях развития МТ. Большинство авторов приходят к выводу, что при тщательном обследовании у детей с агенезией МТ можно выявить проблемы пространственной организации, некоторые речевые нарушения, а разница между временем прямой и временем перекрестной реакции у них больше, чем у здоровых. Отмечается, что при повышении трудности выполняемого задания возрастает и роль межполушарного взаимодействия, так как через МТ осуществляется перенос уже первично обработанной полушариями информации. Во многих случаях происходит атипичное формирование функциональной специализации полушарий, что негативно сказывается на когнитивных возможностях детей.

В настоящее время одной из важных проблем детской неврологии являются патологические состояния, в основе которых лежит нарушение внутриутробного развития головного мозга. Такие состояния принято называть дисгенезиями мозга [1]. Дисгенезии мозга по природе многофакторны, часто не имеют ярких внешних проявлений и могут быть диагностированы только после проведения компьютерной или ядерно-магнитно-резонансной томографии (ЯМРТ).

Основной принцип организации когнитивной деятельности — совместное функционирование двух полушарий головного мозга, механизмы которого изучено еще слабо [2]. Важнейшей из мозговых комиссур является мозолистое тело (МТ), поэтому особенно интересным представляется изучение парной работы больших полушарий мозга в условиях дисгенезии МТ, возможностей компенсации и коррекции когнитивного дефекта.

Структура и функции мозолистого тела

Анатомическим субстратом взаимодействия больших полушарий мозга являются мозговые комиссуры: передняя комиссура, дорсальная и вентральная, гипокампальные, базальная теленцефалическая, гипоталамическая, супраоптическая, габенулярная и *massa intermedia*. Но, несомненно, ведущую роль в осуществлении межполушарных связей играет самая крупная мозговая комиссура — мозолистое тело.

Экспериментальные исследования показали, что через МТ передается уже первично обработанная информация [3–5]. Информация низкого порядка, отражающая сенсорные и физические характеристики стимула (яркость, световой поток, контур, расположение, движение), поступает в оба полушария через ипсилатеральные или подкорковые пути. Для переноса более сложной информации необходимо интактное мозолистое тело. Об ограниченных возможностях субкортикальной передачи информации свидетельствуют также работы [6–7]. Другие исследователи также указывают, что роль МТ в переносе моторных команд невелика, тогда как оно кажется более значимым для переноса латерализованной информации (вербальной или зрительно-пространственной) [8]. В [9] отмечается, что при повышении трудности выполняемого задания возрастает роль межполушарного взаимодействия. В исследовании были использованы конфликтные задания на выявление прямых и обратных слов. Авторы [10] предлагали испытуемым определить, была ли сумма двух цифр из трех больше 10 и была ли предъявленная цифра меньше двух других. Они также выявили преимущество участия в процессе решения задачи одновременно двух полушарий. Этот же вывод сделан в [11].

Одна из важных функций МТ — обеспечение возможности межполушарного торможения для дифференциации активности полушарий и более эффективной обработки информации.

Зависимость уровня интеллекта от качества межполушарного взаимодействия продемонстрирована в [12]. Выявлено, что межполушарная когерентность (КОГ) электроэнцефалограммы лучше, чем внутриволноварная КОГ, отражает IQ детей 5–16 лет (оценка проводилась по шкале интеллекта Векслера для детей).

Врожденные аномалии мозолистого тела

Пороки развития МТ могут быть вызваны патологическими состояниями мозга (гидроцефалия, кровоизлияние и др.) и непосредственными повреждениями МТ. Так как МТ развивается спереди назад, то чаще встречаются пороки его задней части [13]. ЯМРТ-исследования МТ в норме и патологии, описанные в [14], выявили врожденные аномалии у 2% из 450 больных, обращавшихся по различным поводам. Среди врожденных аномалий МТ встречались локальные истончения, кисты, частичная и полная агенезия. При ЯМРТ, проведенной у 445 детей до 17 лет, была обнаружена гипоплазия МТ у 7 человек, полная агенезия у 5 человек, частичная агенезия — у 2 человек [15]. Таким образом, аномалии МТ выявлены в 3,15% случаев, а гипоплазия МТ встречается так же часто, как частичная и полная агенезии, вместе взятые. По данным других авторов, частота агенезии мозолистого тела (АМТ) колеблется от 0,004% до 2,64% в зависимости от популяции [16]. Аномалии развития МТ могут протекать клинически бессимптомно или сопровождаться целым рядом неврологических и психиатрических заболеваний. В их число входят ДЦП, эпилепсия [16], шизофрения. Связь аномалий МТ с шизофренией в последнее время широко обсуждается в литературе (см., например, [17]). Отмечается истончение МТ при раннем начале шизофрении и негативных симптомах, причем истончается, в основном, передняя и средняя части. Более толстое МТ характерно для позднего начала заболевания и сочетается с хорошим прогнозом [13]. Прямой связи АМТ с психозами нет, считают авторы [16], но, возможно, МТ регулирует активность обоих полушарий, а недостаточность регуляции ведет к психозу. Развитие компенсаторных связей при АМТ может идти неправильно, что, возможно, также формирует механизм психоза. Уменьшение роострума и роостральной части корпуса МТ описано при синдромах дефицита внимания и гиперактивности у детей [18]. В большинстве (71%) случаев гипоплазии МТ выявлена умственная отсталость [15].

Долгое время считалось, что врожденный дефект МТ сопровождается расстройствами функций мозга только в случае, если такой дефект сочетается с дополнительной мальформацией. Имеются работы, в которых эта точка зрения подтверждается экспериментальными данными. Например, измерялось время моторной реакции на

тахистоскопически предъявляемые стимулы у юноши 16 лет с АМТ [19]. Разницы между перекрестной и прямой реакцией выявлено не было. О значительных компенсаторных возможностях мозга свидетельствуют эксперименты, в которых лицам с АМТ предлагались тесты на бимануальное сравнение, восприятие глубины и пространственную локализацию [20].

Однако последующие исследования показали, что при АМТ нарушения взаимодействия полушарий более тонкие и для их выявления необходимы сложно организованные эксперименты. Ребенку с АМТ и четырем детям с каллозотомией предъявлялись световые вспышки [21]. Испытуемым предлагалось отвечать нажатием кнопки ипсилатеральной или контралатеральной вспышке рукой. Было отмечено, что разница перекрестной и прямой реакций у больных детей больше, чем у здоровых из контрольной группы. Сравнение результатов обследования мальчика с АМТ и без передней комиссуры с результатами обследования мальчика без МТ, но с передней комиссурой, показало, что у первого ребенка был затруднен перенос зрительной информации в левое полушарие, а тактильной — в правое, чего не наблюдалось во втором случае [22]. Это свидетельствует о возможности компенсации некоторых функций за счет передней комиссуры. В другой работе представлено исследование стереовосприятия у больных с АМТ, с каллозотомией и в контрольной группе [23]. Оказалось, что особую трудность вызывали задания, в которых стимулы предъявлялись по средней линии. Исследуя способность лиц с АМТ к локализации звука в пространстве, авторы [24] выявили ее снижение по сравнению с нормой, особенно заметное в тех случаях, когда звук подавался по средней линии. Кроме того, вербальные ответы были менее точными, чем указательные, что авторы объясняют трудностью задания, требующего координации систем, включающих определенный когнитивный шаг. Другие исследователи изучали мануальную реакцию на световые вспышки в условиях перекрестных и прямых ответов [25]. При этом они регистрировали электромиограмму с дистальных, проксимальных и аксиальных мышц. Эти исследования еще раз подтвердили, что разница перекрестной и прямой реакций у лиц с АМТ больше, чем в норме. Было также обнаружено, что МТ вносит свой вклад в выполнение контралатеральных быстрых дистальных и унилатеральных проксимальных

ответов. Другие реакции, видимо, координируются через нижележащие пути.

Целый ряд работ посвящен изучению высших психических функций у лиц с АМТ. Так, исследуя речевые функции у трех детей с АМТ и нормальным интеллектом, авторы [26] выявили у них дефицит возможностей составления и узнавания рифмы. Позже эти же авторы выделили на той же группе больных фонологическую дислексию [27], хотя уровень чтения слов соответствовал возрасту детей и у них не было дислексии в традиционном смысле. У девочки с АМТ был обнаружен дефицит понимания синтаксиса по сравнению со здоровыми детьми того же возраста и с тем же уровнем интеллекта [28]. Другие экспериментаторы использовали для обследования больных с АМТ и с каллозотомией Мичиганскую нейропсихологическую батарею тестов [29]. В результате ими был сделан вывод, что отсутствие МТ не является необходимым условием для снижения интеллекта, хотя у больных обнаружилась большая вариабельность умственных возможностей. Однако авторы отмечают большую роль МТ в бимануальной моторной координации и в переносе тактильно-моторного обучения. У пациентов с различного рода патологией МТ отмечается неспецифическое снижение когнитивных функций. Однако утверждается, что любое патологическое состояние, ведущее к разобщению полушарий (инсульт или первичная онтогенетическая неперекрещенность комиссуральных аксонов), вызывает нарушение межполушарного межнейронального взаимодействия [30]. Исследования выявили ЯМР-эквиваленты синдрома разобщения, который обнаруживается при многих неспецифических патологических состояниях, но практически не проявляется в поведенчески стабильных стадиях. Представляется весьма интересной работа [31], в которой автор приводит анатомо-физиологические исследования детей с ранней гидроцефалией. Расширение желудочков в этих случаях влечет атрофию мозговой ткани, особенно в области МТ. Частота левшества в данной группе превышала 50%. Нейропсихологический анализ показал не наблюдавшийся ранее ни при каких других поражениях характер нарушений высших психических функций. Обращает на себя внимание разнонаправленность этих нарушений, когда выраженная патология одних процессов (элементы дизартрии; речевая возбужденность, поток бессмысленной речи; несформированные зрительные и пространственные представления) сочетается с нормальным и даже

высоким уровнем других (хороший музыкальный слух; высокий уровень механического запоминания как вербальной, так и невербальной информации). Автор исследования объясняет этот феномен билатерализацией функций в случаях гидроцефалии, что в свою очередь является проявлением аномального развития межполушарного взаимодействия и отрицательно влияет на формирование высших психических функций.

* * *

Из приведенного обзора видно, что нарушения межполушарного взаимодействия, возникшие на ранних стадиях развития, не ведут к формированию классического «синдрома расщепления» из-за пластичности мозга и значительных компенсаторных возможностей (которые все же ограничены). Однако во многих случаях происходит атипичное формирование функциональной специализации полушарий и диспропорциональное развитие полушарных функций, что негативно сказывается на когнитивных возможностях детей. В связи с этим представляется важной разработка практических рекомендаций по дифференциальной диагностике, а также методов коррекции выявленных функциональных дефектов.

Литература

1. Петрухин А. С. Дисгенезии мозга: Дис. ... докт. мед. наук. — М., 1988.
2. Брагина Н. Н., Доброхотова Т. А. Функциональная асимметрия человека. — М.: Медицина, 1981. — 287 с.
3. Trevarthen C. B. Two mechanisms of vision in primates // Psychol. Forsch. — 1968. — Vol. 31, № 2. — P. 299–337.
4. Berlucchi G., Sprague J. M., Antonini A., Simoni A. Learning and interhemispheric transfer of visual pattern discrimination in split chiasm cats // Exp. Brain Res. — 1979. — Vol. 34, № 5. — P. 551–574.
5. Myers J. J., Sperry R. W. Interhemispheric communication after section of the forebrain commissures // Cortex. — 1985. — Vol. 21. — P. 249–260.
6. Sergent J. Furtive incursions into bicameral minds: Integrative and coordinating role of subcortical structures // Brain. — 1990. — Vol. 113. — P. 537–568.
7. Corballis M. C., Trudel C. I. Role the forebrain commissures in interhemispheric interaction // Neuropsychology. — 1993. — № 7. — P. 306–324.

8. *Geffen G. M., Jones D. L., Geffen L. B.* Interhemispheric control of manual motor activity // *Behav. Brain. Res.* — 1994. — Vol. 64, № 1. — P. 131–140.
9. *Merola J. L., Liederman J.* The effect of task difficulty upon the extent to which performance benefits from between-hemisphere division of inputs // *Intern. J. of Neuroscience.* — 1990. — Vol. 54. — P. 35–44.
10. *Banich M. T., Belger A.* Interhemispheric interaction: How do the two hemispheres divide and conquer a task // *Cortex.* — 1990. — Vol. 26. — P. 77–94.
11. *Sereno A. B., Kosslyn S. M.* Discrimination within and between hemifields: A new constraint on theories of attention // *Neuropsychologia.* — 1991. — Vol. 29. — P. 659–675.
12. *Thatcher R. W., Walker R. A.* <...> // *EEG & Clinical Neurophysiology.* — 1985. — Vol. 61, № 3. — P. 161.
13. *Georgy B. A., Hesselink J. R., Jernigan T. L.* MR-imaging of the corpus callosum // *AJR.* — 1993. — Vol. 160, № 5.
14. *McLeod N. A., Williams J. P., Machen B.* Normal and abnormal morphology of the CC // *Neurology.* — 1987. — Vol. 37. — P. 1240–1242.
15. *Bodensteiner J., Schaefer G. B., Breeding L., Covan L.* Hypoplasia of the corpus callosum: A study of 445 consecutive MRI scans // *J. Child. Neurol.* — 1994. — Vol. 9, № 1. — P. 47–49.
16. *David A. S., Wacharasindhu A., Lishman W. A.* Severe psychiatric disturbances and abnormalities of the CC: Review and case series // *J. Neurol. Neurosurgery, Psychiatry.* — 1993. — Vol. 56. — P. 85.
17. *David A. S.* Schizophrenia and the corpus callosum: Developmental, structural and functional relationships // *Behav. Brain. Res.* — 1994. — Vol. 64, № 1–2. — P. 203–211.
18. *Gield J. N., Castellanos F. X., Casey B. S. et al.* Quantitative morphology of the CC in attention deficit hyperactivity disorder // *Am. J. Psychiatry.* — 1994. — Vol. 151. — P. 665–669.
19. *Kinsbourn M., Fischer M.* Latency of uncrossed and crossed reaction in callosal agenesis // *Neuropsychologia.* — 1971. — № 9. — P. 471–473.
20. *Etlinger G., Blakemore C. B., Milner A. D.* Agenesis of the CC: A further behavioral investigations // *Brain.* — 1974. — Vol. 97. — P. 225–234.
21. *Clarke J. M., Zaidel E.* Simple reaction times to lateralised light flashes: Varieties of interhemispheric communication routes // *Brain.* — 1989. — Vol. 112. — P. 849–870.
22. *Fischer M., Ryan S. B., Dobyns W. B.* Mechanisms of interhemispheric transfer and patterns of cognitive function in acallosal patients of normal intelligence // *Arch. Neurol.* — 1992. — Vol. 49, № 3. — P. 271–277.
23. *Jeeves M. A.* Stereo perception in callosal agenesis and partial callosotomy // *Neuropsychologia.* — 1991. — Vol. 29, № 1. — P. 19–34.
24. *Poirier P., Miljours S., Lassonde M., Lepore F.* Sound localization in acallosal human listeners // *Brain.* — 1993. — Vol. 116 (Part 1). — P. 53–69.

25. Aglioti S., Berlucchi G., Pallini R. et al. Hemispheric control of unilateral and bilateral responses to lateralised light stimuli after callosotomy and in callosal agenesis. // Exp. Brain Res. — 1993. — Vol. 95, № 1. — P. 151–165.
26. Temple C. M., Jeeves M. A., Vilarroya O. Ten pen men: rhyming skills in two children with callosal agenesis // Brain. Lang. — 1989. — Vol. 37, № 4. — P. 548–564.
27. Temple C. M., Jeeves M. A., Vilarroya O. O. Reading in callosal agenesis // Brain. Lang. — 1990. — Vol. 39, № 2. — P. 235–253.
28. Sanders R. G. Sentence comprehension following agenesis of the corpus callosum // Brain. Lang. — 1989. — Vol. 37, № 1. — P. 59–72.
29. Sauerwein H. C., Lassonde M. Cognitive and sensori-motor functioning in the absence of CC: Neuropsychological studies in callosal agenesis and callosotomised patients // Behav. Brain Res. — 1994. — Vol. 64, № 1–2. — P. 229–240.
30. Jinkins J. R. The MR equivalents of cerebral hemispheric disconnection: a telencephalic commissuropathy // Comput. Med. Imaging Graph. — 1991. — Vol. 15, № 5. — P. 323–331.
31. Симерницкая Э. Г. Мозг человека и психические процессы в онтогенезе. — М.: Изд-во МГУ, 1985.
32. Фокин В. Ф. Центральнo-периферическая организация функциональной моторной асимметрии: Дис. ... канд. биол. наук. — М., 1982.

***Величко Мария Андреевна** — невропатолог Центра лечебной педагогики (117311, Москва, ул. Строителей, д. 17-б), аспирант Российского государственного медицинского университета (Москва); эл. почта: velichko@mail.cnt.ru*

***Ковязина Мария Станиславовна** — канд. психол. наук, науч. сотрудник кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ, нейропсихолог Центра лечебной педагогики (117311, Москва, ул. Строителей, д. 17-б); эл. почта: cnt02@glasnet.ru*

*Особый ребенок: исследования и опыт помощи
1998. — Вып. 1. — С. 35–41*

Применение нейропсихологического подхода в дефектологической практике

Битова А. Л.

Кратко описана история знакомства автора-дефектолога с нейропсихологическим подходом, а затем все более широкого применения этого подхода в собственной практике. Нарушения письма и чтения, а также нарушения речи отнесены автором к областям дефектологической работы, в которых нейропсихологический подход особенно эффективен. Приведены конкретные примеры успешного применения указанного подхода в логопедической практике. Сделан вывод о перспективности этого подхода при коррекции нарушений поведения и эмоционально-волевой сферы у детей.

Еще во время моей учебы в институте в 1975–1980 гг. доктор Г. В. Гуровец, преподававшая неврологические основы логопедии, настойчиво потребовала, чтобы мы прочитали и законспектировали «Высшие корковые функции человека» А. Р. Лурии. В то же время совет получше ознакомиться с нейропсихологией я услышала от С. И. Маевской (как и Г. В. Гуровец, сотрудницы С. С. Ляпишевского). Впоследствии я не раз с признательностью вспоминала этих своих наставников: благодаря им я стала видеть нарушения речи и психики с точки зрения этиологии и патогенеза.

К сожалению, в институте мне больше не пришлось встретиться с нейропсихологическим подходом. Как известно, в логопедии до сих пор господствует симптоматический подход, в рамках которого любое недоразвитие речи традиционно относится к одному из трех уровней, для каждого из которых имеется свой «рецепт». Но если недоразвитие связано с сосудистой патологией или вызвано сотрясением мозга? И можно ли вписать в имеющиеся три уровня сенсорную алалию? А как работать в рамках симптоматического подхода с ребенком, у которого отчетливо наблюдаются признаки сенсорной

алалии? Реально оказывается, что в подобных случаях симптоматический подход едва ли является разумным.

Начиная работать, я не задавалась такими вопросами, тем более что в известных учебниках имелись готовые варианты на любой случай. Но однажды ко мне попала девочка Катя трех с половиной лет, у которой после перенесенного менингоэнцефалита наблюдалась выраженная моторная афазия. Как известно, работа с ребенком с первым уровнем недоразвития речи начинается с попыток вызывать повторение названий простых предметов, хотя бы в лепетной форме. А Кате долгое время вообще было недоступно произвольное повторение, и это при том, что до болезни девочка имела хорошо развитую речь, и понимание у нее сохранилось полностью.

После нескольких месяцев безрезультатных усилий я стала искать другие подходы, взялась перечитывать А. Р. Лурию и поняла, что ошибочно было начинать коррекцию с непосредственного воздействия на пораженный участок. У девочки было поражение лобно-теменных отделов левого (доминантного) полушария — мы стали заниматься стимуляцией правого полушария и межполушарного взаимодействия. Результаты оказались очень хорошими: девочка поступила в массовую школу и успешно в ней училась.

Надо сказать, что в то время я не знала таких слов, как «стимуляция взаимодействия полушарий», и вообще не могла объяснить свою работу. Тогда в Московской городской детской психиатрической больнице № 6, где я работала, был лишь один психолог, который занимался исключительно диагностикой и почти не давал рекомендаций по коррекции. Мое знакомство с нейропсихологией произошло позднее, в 1989 г., когда я начала совместную работу с Т. В. Ахутиной, Н. М. Пылаевой, А. В. Семенович, А. А. Цыганок — сотрудниками лаборатории нейропсихологии и восстановительного обучения факультета психологии МГУ. С этого времени я вплотную занялась как самим нейропсихологическим подходом, так и возможностями его применения в дефектологической практике.

Говоря о конкретных областях работы дефектолога, в которых данный подход может быть эффективным, прежде всего хотелось бы остановиться на коррекции нарушений письма и чтения.

Школьные логопеды с завидным упорством разучивают с детьми правила и пишут бесчисленные диктанты, но результат, на мой

взгляд, не соответствует затраченным усилиям. Причина — в отсутствии клинического подхода.

Если у ребенка слабость фонематического анализа и он путает сходные по звучанию звуки при письме и чтении, логопеду в рамках симптоматического подхода предлагается всеми способами работать над звукоразличением. Это несомненно важная работа, но она занимает неоправданно много времени и, бывает, вовсе не приносит результатов. Наблюдаются трудности мелкой моторики при письме — значит, делаем упражнения для пальцев и пишем, пишем, пишем. Тот же симптоматический подход! Однако дефектологическая практика показывает, что для преодоления конкретных трудностей прежде всего необходимо выявить их причину. Нейропсихологический анализ дает нам такую возможность.

Сейчас в моей работе логопеда-дефектолога нейропсихология занимает настолько важное место, что порой возникают сомнения, является ли на самом деле то, чем я занимаюсь, в чистом виде логопедической практикой. И в первую очередь столь исключительное значение оправдано тем, что нейропсихологический подход оказывается очень ценным для коррекции тяжелых нарушений речи.

У Жени (диагноз: сенсорная алалия) было выявлено поражение подкорковых структур мозга. Девочка была моторно неловкая, наблюдалась атаксичная, шаркающая походка, тремор в руках. В очень плохом состоянии был рот: Женя совершенно не владела языком, отсутствовал подъем мягкого нёба, наблюдалось постоянное слюнотечение. У девочки были серьезные поведенческие проблемы, она демонстрировала деструктивное поведение, отказывалась от контакта, так как не понимала и боялась окружающего.

В игровой ситуации Женя хотела и пыталась выполнить инструкцию, но не могла понять, что от нее требуется и, видимо, от этого страдала. На громкие звуки она реагировала лучше. Это навело нас на мысль, что у девочки снижен слух (известно, что у значительного числа детей с сенсорной алалией слух ослаблен). Аудиограмма подтвердила это предположение.

Нарушение слуха, сенсорный компонент в сочетании с артикуляционными сложностями — все это создавало значительные трудности в логопедической работе. Нейропсихологический анализ позволил выделить наиболее пострадавшие функции и наиболее сохранные — те, на которые можно опираться в работе. Стало

очевидно, что нельзя приступать к постановке звуков до формирования установки на слушание речи и контроля за собственной речью.

Коррекционную работу мы начали с обучения чтению, используя его как зрительную, линейную и смысловую опору для постановки произношения. Слуховой контроль за произношением отсутствовал, мы очень долго пользовались двигательным алфавитом: когда Женя забывала звук, она его показывала (жестом, движением рук и тела).

Подобным же образом, через обучение чтению, мы работали над постановкой произношения и с Алешей (диагноз: атрофия левого полушария), которому произнести звук было легче, если он знал, как этот звук пишется. С Алешей мы начали с пения, потом перешли к зрительно-смысловой опоре (к чтению) — и то, что, читая, он запоминал образы букв, сочетания звуков, их порядок в слове, в конечном итоге помогло улучшить у него и устную речь.

Предварительная опосредствованная работа позволила постепенно перейти к прямому воздействию на слуховой анализатор — Женя много занималась с музыкотерапевтом. Сейчас, как и ранее, у Жени по-прежнему затруднена перешифровка устных сообщений, слаб слуховой контроль, но зато теперь она хорошо читает и пишет. У нее улучшилось произношение (парез мягкого нёба оказался функциональным), исчезла назализация (носовой оттенок голоса). Естественно, сгладились и поведенческие проблемы, так как они были вторичны по отношению к собственно сенсорной алалии. Женя стала очень общительной и контактной. Сейчас девочка учится во втором классе четырехлетней начальной массовой школы.

Как можно заметить, в случаях с Женей и Алешей логопедическая работа была основана на использовании нейропсихологического подхода. Для коррекции нарушений речи он используется достаточно широко, а вот в работе с детьми с нарушениями поведения и эмоционально-волевой сферы применение нейропсихологического подхода является новым и, на мой взгляд, очень перспективным.

Когда Саша Ш. впервые пришел на прием, у него наблюдались выраженные проблемы поведения, он не мог себя контролировать, буквально «разносил» все вокруг. У мальчика были координаторные сложности: он очень быстро, порывисто двигался, не регулируя при этом свои движения (мог не вписаться в дверной проем и т. п.). У Саши был выявлен дефицит левого полушария мозга (таких, как он, нейропсихологи называют «компенсированными левшами»: мальчик

действовал исключительно левой рукой, так как правая изначально была в парезе).

При том, что поведенчески мальчик был очень тяжел, в коррекционной работе мы не использовали лекарственных успокаивающих средств, так как опасались затормозить речевое развитие (с речью у Саши также были проблемы: он, например, «проглатывал» первые звуки в слове, не мог выстроить фразу).

Одной из коррекционных задач для нормализации мозговой деятельности была активизация правой, слабой, руки. Но сделать это было трудно, так как Саша был двигательным расторможен, не мог усидеть на месте. Проблемы двигательной расторможенности пришлось решать, развивая учебную мотивацию, интерес к занятиям, формируя адекватную самооценку. На занятиях постоянно включалась в работу правая рука — сначала на несколько минут, затем время увеличивалось. (Естественно, с Сашей проводились и другие занятия — с движением, танцами, пением и пр.) Нормализация морфофункционального состояния привела к снижению двигательной активности, явилась стимулом к улучшению речи.

Сейчас Саша переведен во второй класс школы для детей с задержкой психического развития. Для педагогов, работавших с ним, кажется удивительным то, что он способен теперь высидеть четыре длинных урока, усвоить учебный материал.

У другого ребенка с проблемами поведения, Саши Б., был диагностирован синдром фрагильной, или Х-ломкой, хромосомы. Данный синдром является одним из самых распространенных наследственных заболеваний, сцепленных с полом. В России его мало диагностируют, так как соответствующая диагностика стоит очень дорого. У нас в Центре лечебной педагогики занимаются шесть детей с синдромом фрагильной хромосомы, и Саша — один из них. Сейчас ему неполных 6 лет.

Когда Саша пришел в Центр, у нас практически не было опыта работы с такими детьми. В специальной литературе утверждается, что дети с данным нарушением развития демонстрируют проблемное, часто аутичное поведение, а также психическое развитие с диапазоном от выраженной задержки до почти нормы (известны случаи, когда дети с синдромом фрагильной хромосомы успешно учатся по программе массовой школы).

Саша не предъявлял аутичного поведения, зато был крайне двигательно расторможен (приходя на занятия, он вихрем носился по помещению, и требовалось немало усилий, чтобы его остановить), а также демонстрировал наличие сверхпристрастий. Так, Саша мог очень долго и усердно складывать пазлы или играть с железной дорогой. На основе этих особых интересов и было выстроено обучение.

Вначале проведение полноценного нейропсихологического обследования Саши из-за его гиперактивности не представлялось возможным. Примерно через год после начала работы с ним Саша стал более доступен, и тогда выяснилось, что ему с трудом дается удержание любых последовательностей, в то время как деятельность, требующая целостности (симультанности) образа, была относительно сохранна. Он хорошо подбирал недостающую часть в разрезной картинке, собирал головоломки и т. д., но при этом в процессе занятий выявились первоначально скрытые гиперактивным поведением проблемы с моторикой.

Поскольку Саша был не в состоянии выполнять программу, данную извне, а в своей собственной деятельности следовал лишь сверхпристрастиям, решено было дефектологическую работу начать с формирования процессов программирования и контроля.

Саше были рекомендованы занятия музыкой и танцами. Танец извне задает программу действий, и в подобных случаях ребенку необходимо научиться ее «держатъ»: не убегать, вовремя совершать определенные движения, соблюдать их последовательность. На видеозаписях занятий видно, что у Саши это стало получаться все лучше и лучше. Очень важную роль тут сыграли занятия по развитию двигательной сферы (прежде всего эстафета препятствий). Аналогичные задачи решались на музыкальных занятиях, только акцент при этом делался на другие психические процессы.

Через некоторое время Саша смог помимо индивидуальных занятий посещать небольшую группу, что задавало его поведению более жесткие рамки. В группе день выстраивается в виде последовательности занятий, причем для большей ясности программа дня представляется с помощью карточек, на которых все события изображены наглядно. Саша уже хорошо знает, что означают карточки, как чередуются события во время игровых занятиях, физкультуры или танцев. Таким образом у него формируется идея порядка, последовательности («сначала танцуем, потом сидим, потом идем пить чай...»).

Достижению той же цели способствует лепка из глины, представляющая собой процесс из отдельных и в то же время взаимосвязанных действий. С лепкой у Саши пока трудно, но постепенно он все же усваивает последовательность операций.

Работая с Сашей и занимаясь формированием у него процессов программирования и контроля, мы стали использовать прием чередования, выстраивания ряда: сажали в каждую машину по пассажиру, раздавали каждому зайцу по морковке — при этом Саша неизменно путался и сбивался. Занимались мы этим довольно долго, и в какой-то момент Саша вдруг почувствовал смысл «начала и конца» (произошло это, видимо, в процессе игры) и стал пользоваться этим как на занятиях, так и в жизни. Теперь он сам, собирая мозаику, предпочитает выкладывать узор так, чтобы разноцветные детали чередовались в определенном порядке. Он же сам определяет, чем начинается и заканчивается ряд.

Когда с Сашей были отработаны базовые понятия (ряд, чередование элементов), появилась возможность регулирования поведения. Одновременно произошел прорыв в речи: на момент прихода в наш Центр Саша речью не пользовался вовсе, сейчас пользуется ею частично (есть обращение, около 40 лепетных слов, короткая лепетная фраза). В целом мальчик стал гораздо спокойнее.

Итак, мы попытались проиллюстрировать идею о необходимости для дефектолога работать не просто над прямой «рецептурой» («нет речи — значит будем учить говорить»), но в первую очередь над базовыми процессами, которые участвуют в формировании более сложных функций. В выявлении состояния этих базовых процессов ведущую роль играет нейропсихологический подход. Он важен не только в диагностическом плане, но и в создании коррекционной развивающей программы. Спектр возможностей нейропсихологического анализа в работе с детьми с нарушенным развитием постепенно расширяется, и мы, дефектологи, постоянно убеждаемся в его ценности для своей практики.

*Битова Анна Львовна — дефектолог, зам. директора
Центра лечебной педагогики (117311, Москва, ул. Строитель-
лей, д. 17-б); эл. адрес: bal@glasnet.ru*

Почему и как мы создали скаут-клуб

Моргун Н. Л.

Описан опыт создания скаут-клуба при Центре лечебной педагогики (Москва). В работе клуба участвуют как «проблемные» (шизофреноподобная симптоматика) подростки, так и обычные дети. Основная цель создания клуба — обретение «проблемными» детьми формы социальной жизни, способствующей их социальной адаптации. Дана краткая характеристика скаутинга и отмечены его особенности, позволяющие решать задачи социализации. Описано развитие клуба, представлены формы проводимых в нем занятий и применяемые приемы, а также результаты, достигнутые к концу первого года работы.

Идея создания клуба для подростков родилась в Центре лечебной педагогики в 1996 г. Тогда у нас образовалась группа детей, которые несколько лет занимались в Центре, но из-за состояния эмоционально-волевой и познавательной сфер так и не смогли вписаться ни в одну социальную структуру — одни не учились совсем, другие учились индивидуально.

Объединив этих ребят, мы создали клуб, который собирался раз в неделю. Первоначально преследовалась только одна цель — помочь детям не чувствовать себя одинокими. Мы пели, готовили небольшие спектакли, вечера, чаевничали, помогали, чем могли, Центру.

К концу года стало очевидно, что ребятам это не помогает адаптироваться в социуме: нет социального каркаса со своими законами, ритуалами, границами. У обычных детей есть школа, двор, компании сверстников со своими отношениями и правилами, благодаря которым эти дети приобретают опыт социализации. Включенность в систему таких отношений и правил помогает последующему формированию нравственных норм.

У наших детей такой выстроенной социальной жизни не было. Встала задача ее создать.

Как раз в это время я совершенно случайно наткнулась на книгу о скаутском движении: *Бондарь Л.* Введение в скаутинг. Книга для

родителей и других взрослых. — Женева: Всемирная организация скаутского движения, 1996.¹ Прочитав эту книгу, я поняла, что идея скаутинга поможет нам выстроить тот социальный каркас, который так необходим подросткам, с которыми мы работаем.

В идею скаутинга встроены ответы на сложные жизненные вопросы, к тому же она позволяет объединить самых разных людей. Скаутинг — это:

- 1) братство, для вхождения в которое не надо обладать подходящим возрастом или какими-то особыми возможностями и умениями;
- 2) помощь и забота друг о друге;
- 3) формирование умений и навыков, позволяющих справляться с жизненными проблемами собственными силами — самодисциплиной и самоконтролем.

Жажда нового, приключений, самостоятельности, возможности испытать себя, взять на себя ответственность в рамках своих возраста и способностей — вот чем привлек нас скаутинг.

С чего мы начали? Сентябрь посвятили подготовке:

- 1) всем детям, их родителям, педагогам дали прочитать упомянутую книгу о скаутинге;

- 2) собрали взрослых детей сотрудников Центра, рассказали об идее создания скаут-клуба, дали прочитать ту же книгу, попросили помочь ребятам, имеющим сложные проблемы, — иными словами, предложили им стать участниками скаут-клуба.

С идеей все охотно согласились.

В октябре рождение скаут-клуба состоялось.

Сейчас в клубе 18 человек: 13 мальчиков и 5 девочек. Одиннадцать ребят со сложными проблемами: шизофреноподобная симптоматика (у некоторых диагностирована шизофрения). Их возраст — от 12 до 16 лет, восемь из них имеют инвалидность. Детей сотрудников (мы называем их помощниками) — семеро, им от 11 до 15 лет. Взрослых в клубе тоже семеро.

¹ Автор книги Людмила Бондарь — канд. пед. наук, научно-методический консультант Всемирного Скаутского Бюро и одновременно консультант московского Института молодежи — постоянно проживает в Женеве. В настоящее время у нас налажены с ней прочные связи: она была в нашем Центре, затем прислала нам детские книги о скаутах, скаутские задания, которые можно использовать в нашей работе, эмблемы скаутов; она постоянно в курсе всей нашей деятельности.

Жизнь у нас трудная, но интересная. Собираемся мы каждую пятницу с 15 до 19 часов. Этого дня ждут с одинаковым нетерпением и ребята, и взрослые, которые с ними работают.

В Клубе три правила:

1. Не обижать.
2. Не мешать.
3. Не подводить.

За нарушение правила член клуба пропускает одно собрание (одну пятницу). Из скаутских законов (их всего десять) мы на первый год выбрали пять и стали учиться их выполнять:

1. *Скаут всегда говорит правду.*
2. *Скаут помогает другим*, не ожидая похвалы и вознаграждения.
3. *Скаут — друг всем*, он стремится понимать и уважать людей, чьи идеи и привычки отличаются от его собственных.
4. *Скаут трудится*, чтобы заработать деньги на свои расходы и возможность помогать другим.
5. *Скаут вежлив* по отношению к каждому человеку вне зависимости от его возраста.

Ребята учились понимать, слушать и слышать друг друга, быть ответственными за порученное дело (каждый имел конкретное дело на весь год), самостоятельно принимать решения, преодолевать себя в разных ситуациях.

Очень большое внимание мы уделяли тому, чтобы научить ребят быть чуткими и внимательными друг к другу. Для этого использовались разные методы, в том числе и опыт В. Сухомлинского.

В дни сбора клуба на столе стояла ваза с цветами: белые цветы — все хорошо, фиолетовые — кому-то плохо, нужна помощь. Казалось, что ребята, приходя в клуб, не реагируют на цветы. Но когда в одну из пятниц белые цветы поменялись на фиолетовые, заметили все. Было интересно наблюдать за детьми: все спрашивали друг у друга, что случилось. Когда выяснилось, что член нашего клуба, педагог, лежит в больнице, решили: каждый напишет записку с добрыми словами, и мы передадим эти записки ей. Это были очень трогательные и душевные записки. Некоторые состояли просто из букв и подписи (не все умеют писать), другие из одного слова «Приходи» и цветочка.

После этого случая ребята всегда замечали, если кто-то отсутствовал, и интересовались причиной. Был момент, когда фиолетовые цветы стояли месяц, и когда, наконец, в вазе снова оказались белые цветы, ребята с радостью сообщали всем, входящим в комнату: «У нас все в порядке».

В клубе работают три мастерские: по изготовлению рамок, столярная и швейная. Все, что изготавливают в мастерских, продается в клубном магазине в конце месяца. Первыми покупателями были родители и сотрудники Центра, позже появились заказы на рамки, деревянные ящики.

На зимние каникулы все ребята получили первые заработанные деньги. Часть этих денег была использована на приобретение материалов для мастерских, другая — поделена между ребятами поровну. На следующие заработанные деньги ребята решили устроить мамам чаепитие. Для ребят это была новая ситуация: они привыкли, что взрослые все делают для них, а теперь они сами хотели сделать что-то для взрослых. Каждая группа ребят имела свое задание. Одни (трое «проблемных» детей) вместе с педагогом ходили в магазин покупать продукты. При этом надо было не просто сделать покупку, но еще и так рассчитать деньги, выданные казначеем, чтобы хватило на всё. Другие готовили из этих продуктов угощение, третьи — накрывали на стол, четвертые — отвечали за концерт, в котором участвовал и клубный ансамбль.

Деньги на весенние каникулы были поделены между ребятами не поровну, а в соответствии со сделанной работой. Это приучало их понимать, что заработок зависит от качества работы и затраченных на нее усилий. Такой подход помог трем ребятам (двое из них — «помощники») преодолеть нежелание выполнять работу всегда качественно.

В апреле в Центре впервые проводилась большая ярмарка детских работ. Организация и проведение ярмарки были поручены нашему клубу. К этому дню мы долго готовились. Для многих ребят подобная подготовка оказалась серьезным испытанием. Однако все, кроме двух мальчиков, смогли преодолеть себя и справились с поставленной задачей. Каждый из членов клуба был продавцом, имел свой стол с товарами. Ребятам пришлось общаться с покупателями, считать деньги. Покупателями же были теперь не родители и знакомые сотрудники, а чужие люди. На ярмарке оказалось немало и гостей-иностранцев.

Ситуация для многих ребят была очень сложная, но все чувствовали себя гордыми, «осознающими собственную значительность».

Стоит рассказать и о том, какие сейчас взаимоотношения между ребятами в клубе и как они складывались.

Сначала наши «помощники» очень опекали ребят с проблемами, старались всё за них сделать, иногда терялись и тогда пытались уединиться, но никогда не спрашивали нас, взрослых, как им поступить. Надо отметить, что «помощники» ни разу никого не обидели и были терпеливы, можно сказать, сверх меры.

Мы много с ними говорили, объясняя поведение «проблемных» ребят, давая советы, как лучше поступить в той или иной ситуации. Постепенно «помощники» начали относиться к «проблемным» ребятам не как к больным, а как к сверстникам во дворе или школе. Ситуация стала меняться: быстрее возникало взаимопонимание, «проблемные» дети обучались лучше справляться со своими трудностями и преодолевать себя. «Помощники» начали задавать нам все больше вопросов; иногда они скорее нас находили правильное решение, помогая друг другу. В итоге в клубе сложился очень хороший, доброжелательный микроклимат.

Изменились ли ребята за этот год? Да, изменились *все*. Они возмужали, стали более уверенными, ответственными, более самостоятельными, научились жить по правилам, устанавливать их и потом им подчиняться. Ребята стали больше считаться друг с другом, друг о друге думать и заботиться.

И вот теперь все члены нашего клуба готовы к новому испытанию — летнему лагерю. Семь дней мы будем жить вместе в лесу, в палатках, без родителей. Ребята будут учиться готовить на костре еду, наблюдать природу, ухаживать за своей одеждой, ходить в походы, развивать в себе выносливость и терпение — и еще многому другому, что так необходимо скауту.

Моргун Надежда Львовна — педагог Центра лечебной педагогики (117311, Москва, ул. Строителей, д. 17-б); эл. почта: ccp@glasnet.ru

Работа с глиной как метод лечебно-педагогической коррекции

Кейер Е. А.

Обозначены два аспекта психотерапевтического воздействия на ребенка занятий ремеслом — творческий и технический. Изложен лечебно-педагогический опыт, в котором преимущество отдавалось технической стороне ремесленного процесса, проходившего в керамической мастерской. Описаны особенности глины как материала и ее свойства, ценные с точки зрения коррекционной работы. Перечислен ряд нарушений развития и показано, каким образом работа с глиной может помочь в решении имеющихся у ребенка проблем. Обозначены условия применимости описываемого психотерапевтического подхода. Изложение проиллюстрировано примерами из практического опыта автора.

Использование для психотерапевтического воздействия на ребенка какого-либо ремесла имеет два аспекта — творческий и технический. Психотерапевтическим потенциалом обладают и тот и другой. Акцент может быть сделан как на творческой стороне процесса (тем самым на целостном воздействии на личность ребенка), так и на технической, которая в керамике очень разнообразна и дает большой простор для самых разных видов коррекции. В этой статье изложен лечебно-педагогический опыт, в котором преимущество отдавалось именно технической стороне дела.

Однако прежде чем рассказать о своем опыте, хотелось бы сначала остановиться на особенностях глины как материала.

Глина обладает целым рядом свойств, делающих ее очень удобной для коррекционной работы. Она позволяет проделывать над собой следующие операции:

- месить;
- рисовать пальцами узоры на ее поверхности;
- работать с фактурой этой поверхности;

— раскатывать ее в тонкие листы скалкой или руками, потом вырезать что-либо из этих листов, придавать им определенную форму;

— менять ее консистенцию;

— работать как с очень крупными, так и с совсем маленькими объемами материала.

Кроме того, глина очень податлива и реагирует на такие воздействия, на которые не реагируют другие материалы, например пластилин. Для работы с глиной можно использовать самые разные инструменты: натирать ее на терке, выдавливать через чеснокодавку, сито, кондитерский шприц. При работе с поверхностью применяются штампы, ракушки, камешки, ткани, растения — то есть все, что может оставить след. Глину можно разрезать шилом, иглой, ножом, струной; из раскатанного листа трафаретами легко вырезать различные формы.

Перечисленные возможности затрагивают не только процесс лепки. Существуют еще работа на гончарном круге и роспись глиняных изделий.

Таким образом, глина по разнообразию возможностей превосходит многие другие материалы (в том числе пластилин, воск). Кроме того, способность глины менять свою консистенцию, принимать в себя песок и камешки, легко поддаваться изменению температуры делает ее удобным материалом для сенсорной стимуляции: глину можно месить (причем как руками, так и ногами), можно обмазывать ею ребенка с тем, чтобы она высыхала потом на теле, и т. д.

Следует отметить, что приходится сталкиваться с очень различным, особенно на первом этапе, отношением детей к глине. Кого-то она отталкивает — и тогда приходится к ней привыкать (проблема безгливости). Другим работать с глиной, наоборот, приятно. И почти всех детей привлекает то, что в конце занятия получается готовое изделие — результат собственного труда.

Главное внимание в работе уделяется развитию двигательной сферы, пространственных представлений, планирования и контроля. Заниматься приходится, с одной стороны, с детьми, имеющими очень грубые нарушения (у которых, например, не сформировались основные двигательные навыки), а с другой стороны, с детьми, у которых дальнейшее развитие затруднено и которым необходимо вернуться к решению задач на базальном уровне (например, у ребен-

ка наблюдаются трудности письма из-за повышенного тонуса правой руки).

Приведем типичные случаи **нарушений в двигательной сфере (моторике)** и покажем, как работа с глиной может помочь их коррекции.

Отсутствие усилия. Рассмотрим случай не просто слабости рук, а отсутствия усилия при имеющихся для этого двигательных возможностях. Нередко эта проблема служит причиной трудностей в графической деятельности.

Приходя в мастерскую, ребенок вначале не может расплющить даже маленький кусок глины; не продавливает на ней углублений; когда раскатывает «колбаску», она мало видоизменяется, и т. д. Необходимо найти задание, которое понравится ребенку, заинтересует его, сделает поставленную перед ним задачу понятной. Начинать работу в подобных случаях надо с мягкой глиной. Иногда оказывается достаточным научиться продавливать пальцами или другими частями ладони углубления. Во время занятия может оказаться полезным несколько раз поднять и ударить о стол очень большой кусок глины. Ребенок учится правильно месить глину, для чего каждый раз соответственно подбираются ее вязкость и другие параметры. Раз за разом ребенок привыкает вкладывать усилия при работе руками. После этого он начинает писать и рисовать.

Можно привести пример, как решение проблемы отсутствия усилия отражается в бытовой деятельности. Мальчик не мог отрезать даже кусок хлеба: он просто водил по хлебу ножом взад-вперед, никак на нож не надавливая. Уже после двух занятий лепкой, на которых он научился продавливать углубления на глине, он смог нарезать хлеб.

Трудности расчета усилий. При решении этой проблемы используется инструмент, который в зависимости от силы надавливания дает разные отпечатки и позволяет выдавливать им чередующиеся узоры (это могут быть даже простая палочка или карандаш). При выравнивании поверхности глины (заглаживании неровностей) можно просто комментировать действия ребенка: «Что же ты так давишь на лошадку? Ей больно. Ты ее нежно погладь».

Отсутствие плавности движений. Решить эту проблему помогает «примазывание» деталей длинными плавными движениями, «вытя-

гивание» детали из целого, создание плавных переходов между деталями (движения повторяют линию), заравнивание поверхности.

Можно привести пример того, как развитие плавности движения отразилось на развитии речи. Девочка двигалась резко, рывками. И речь у нее была отрывистая, с запинками. Когда в процессе лепки удалось достичь плавности движений рук, то и речь стала более гладкой, без запинаний.

Трудности работы всей кистью. При этом нарушении следует начинать лепку с полужидкой или очень мягкой глины, работать с большими кусками, лепить несложные формы (овощи, фрукты).

Трудности в сфере мелкой моторики. В этом случае следует лепить изделия с большим количеством мелких деталей или же выбирать для лепки такие предметы, которые требуют большого количества «тонких» движений: «защипываний», «примазывания» деталей и заравнивания.

Иногда мы сталкиваемся с ситуацией, когда ребенку **трудно выполнять повторяющиеся движения** (катать «колбаски», раскатывать скалкой, равномерно выдавливать черепицу). Тогда может помочь ритмичное «приговаривание», счет в такт движений — необходимо только подобрать нужную для конкретного ребенка частоту.

Отсутствие переноса веса на руки (например, при раскатывании скалкой). Для коррекции этого нарушения можно попробовать раскатывать глину на полу, стоя на коленях.

Бывает, что при раскатывании скалкой ребенку трудно сочетать ритмичные движения с приложением усилия. Здесь помогает «приговаривание» и напоминание посильнее нажимать на скалку.

Теперь упомянем типичные случаи **нарушений координации** и покажем, как работа с глиной может помочь их преодолению.

Нарушение взаимодействия рук. При таком нарушении важна лепка одновременно двумя руками. Самое простое — раскатывать глину между двумя ладонями (делать шарик или «колбаску»). Сложнее одной рукой держать изделие, а другой что-нибудь с ним делать. Еще труднее, когда руки, находясь во взаимодействии, выполняют неодинаковые движения. На занятиях мы постепенно переходим от самых простых ко все более и более сложным упражнениям.

Нарушение зрительно-моторной координации (связи рука — глаз). На занятиях и в этом случае осуществляется переход от самого про-

стого (закрепить деталь на правильном месте) к более сложному (вырезать фигуру из листа глины по нанесенному на нем контуру, выложить рисунок тонкими «колбасками» по уже нарисованным линиям и др.).

Нарушение взаимодействия пальцев рук. Постепенный переход «простое — сложное» сохраняется и здесь: «защипывание», затем катание маленьких «колбасок» и шариков указательным и большим пальцами и, наконец, изготовление сосуда из колец и замазывание их в ровную поверхность.

Заметим, что некоторым детям достаточно просто показать движение — и они его повторяют. Однако нередко приходится помогать другими методами, например выполнять движение руками ребенка, постепенно ослабляя поддержку, пока ребенок не сможет воспроизводить движение сам. В подобных случаях полезно подкрепить движение подходящим словом или междометием, произносимым с должной интонацией.

Еще один ряд проблем, решению которых могут помочь занятия лепкой, порожден *нарушениями пространственных представлений*.

Случается, что у ребенка не сформировано правильное представление о *схеме строения человеческого тела*. Ему безразлично, куда прилепить руки, ноги, голову. Иногда он просто игнорирует существование некоторых частей тела, например ног. Безусловно, для решения этих проблем нужны еще и другие занятия, в частности сенсорная стимуляция. Но некоторые дети уже достаточно подготовлены, чтобы освоить схему тела во время лепки. Если лепить людей с ребенком, у которого еще не сформированы пространственные представления, то начинать надо именно со схемы тела. Постепенно можно обращать внимание на пропорции, затем на позу.

Освоение ребенком *формы, размера, пропорций* можно реализовывать при лепке самых разных изделий. Работа над приданием изделию нужной формы тесно связана и с развитием моторики, так как для успеха этой работы необходимо понять и почувствовать, какие лучше использовать движения.

Зачастую приходится сталкиваться с тем, что у ребенка не сформированы представления о *размерности пространства*. Например, один мальчик лепил деревья так, что они получались у него плоскими. В течение занятия он наконец понял, что ветки у дерева растут не

только в одной плоскости. После этого он и другие предметы стал воспроизводить объемными.

Хочется отметить, что существуют две возможности работы с глиной: сборка из отдельных деталей и лепка из целого куска. Следует стремиться к тому, чтобы ребенок освоил оба эти метода.

Если у ребенка есть проблемы с *планированием и контролем*, то стратегией занятий является переход от совместной к самостоятельной работе, от очень развернутой помощи — к постепенному ее сворачиванию. При этом виды помощи могут быть разными. Перечислим некоторые из них:

- наглядный показ и «проговаривание» этапов лепки (как перед началом занятий, так и в их процессе);

- предварительная запись или зарисовка этих этапов;

- эмоциональный комментарий (например, при соединении стенок домика: «Посмотри, какие щели. Подует холодный ветер — жилицы замерзнут, заболеют» — и в следующий раз ребенок уже не забывает замазывать щели);

- работа по образцу (прототипу).

На некотором этапе ребенок уже может самостоятельно лепить изделия, аналогичные тем, которые он делал раньше, но при лепке нового изделия ему еще требуется помощь педагога в планировании этого процесса. И не следует пугаться, что самостоятельно слепленное изделие мало похоже на то, которое предполагалось изготовить.

Для того чтобы ребенок попал в керамическую мастерскую, ответственный за него специалист подает заявку в детскую комиссию, которая, рассмотрев заявку, рекомендует занятия с глиной и формулирует для специалиста мастерской задачу. При этом возможно как решение какой-то конкретной задачи, так и целого комплекса проблем. Некоторые проблемы ребенка могут быть выявлены уже в процессе лепки, и это оказывается ценной информацией для других специалистов. При необходимости педагог, занимающийся с ребенком лепкой, присутствует на консультациях, обсуждает выявленные проблемы с другими специалистами. Для работы в мастерской ребенок должен уже иметь опыт работы за столом. И хотя у него могут быть проблемы с усидчивостью и концентрацией внимания, все же он должен быть достаточно подготовлен, чтобы ходить в мастерскую.

Кроме большой керамической мастерской в группах существуют мастерские для ручной деятельности, и специалист, работающий с ребенком или группой детей, может включить лепку в занятия по собственному усмотрению или по рекомендациям других специалистов. Такие занятия лепкой можно начинать и с самыми неподготовленными детьми.

Параллельно с занятиями в гончарной мастерской, как правило, должны проводиться и другие занятия, так как лепка не может решить всех проблем ребенка. В качестве примера можно привести следующий случай.

В мастерскую ходил мальчик, которого мама приводила из интерната, а посещать другие занятия у них не было возможности. У мальчика наблюдался серьезный дефицит представлений о пространстве: он вообще не понимал, где находится, не осознавал схемы тела (например, не ощущал и не знал, есть ли у него ноги). Сформировать у него пространственные представления только в процессе лепки оказалось невозможным, необходимы были и другие занятия — до начала посещения керамической мастерской или параллельно с лепкой. Занятия с ним оказались, к сожалению, довольно безрезультатными, и их пришлось прекратить.

При работе с детьми, имеющими *серьезные эмоционально-волевые нарушения*, мы не всегда можем опираться на непосредственные впечатления. Приведем один пример из нашей практики.

Ребенок начал ходить в мастерскую. Сидит за столом, не интересуется процессом лепки, отворачивается от глины, не выполняет почти никаких инструкций. Из-за моторных трудностей почти все приходится делать его руками специалисту. Когда освоил некоторые действия и смог выполнять инструкции, от него потребовали выполнения определенных операций. В результате во время лепки он начал плакать, царапаться и кусаться, выходил из мастерской в слезах. Про этого мальчика известно, что он склонен плакать и царапаться при очень сильных эмоциях, например во время музыкальных занятий, когда исполняют его любимую песню. Однако дома он все время просился «на глину», а приходя снова в мастерскую, стал говорить, что именно он будет лепить, и старался слепить за занятие несколько изделий.

Конечно, все занятия построены на интересе ребенка к лепке, и решение коррекционных задач не должно разрушать этот интерес. Кроме того, очень важно следить, чтобы вмешательство в процесс лепки с какими-либо целями не препятствовало развитию творческого потенциала ребенка.

Следует отметить, что у некоторых детей настолько интимное, личностное отношение к процессу лепки, что использование этого процесса с коррекционными целями может оказаться просто вредным. В этих случаях следует выбирать другие методы.

*Кейер Екатерина Александровна — лечебный педагог
Центра лечебной педагогики (117311, Москва, ул. Строите-
лей, д. 17-б); эл. почта: cnt02@glasnet.ru*

Анализ конкретных случаев нейропсихологической коррекции нарушений высших психических функций у детей дошкольного возраста

Виноградова А. Л.

Отмечена необходимость модификации традиционных схем нейропсихологического обследования для применения к детям дошкольного возраста. Даются рекомендации по такого рода модификации. На основе опыта практической работы автора кратко описаны задачи, решаемые нейропсихологом в составе команды специалистов, а также характер его взаимодействия с другими специалистами. Роль нейропсихологической коррекции проиллюстрирована описанием трех конкретных случаев из практики автора.

Как известно, психологическое развитие ребенка подчиняется закону гетерохронии, т. е. психические функции созревают неодновременно. Некоторые из них получают свое окончательное развитие достаточно поздно. Так, например, пространственные представления окончательно оформляются к 10–13 годам, процессы саморегуляции и программирования в основном заканчивают развитие к 13–14 годам. Поэтому традиционный стимульный материал не всегда пригоден для исследования дошкольников. Схема нейропсихологического обследования, которая применима к школьникам, для младших детей не работает, и чем младше ребенок, тем хуже он справляется с классическими пробами. Процедура обследования и материал следует модифицировать применительно к возрасту ребенка и его индивидуальным особенностям путем уменьшения количества проб, их упрощения, выполнения в игровой форме; варьируется также соотношение вербальных и невербальных заданий. Часто бывает достаточно всего нескольких заданий, чтобы выявить основные проблемы ребенка. Иногда, если ребенка невозможно усадить за стол, мы просто наблюдаем за его игрой и поведением, отмечая состояние его общей и мелкой моторики (в том числе фиксируем, какую руку предпочитает использовать ребенок), динамические

характеристики деятельности, состояние частных психических функций, целенаправленности деятельности в целом.

Таким образом мы получаем качественную характеристику деятельности. В процессе дальнейших коррекционных занятий с ребенком возможно дообследование и уточнение первично выявленных проблем.

Необходимо отметить, что в занятии с ребенком, как правило, трудно четко разграничить работу с отдельными процессами. Каждое задание может включать несколько задач. Например, складывание разрезной картинки включает сканирование зрительного поля, уточнение зрительного восприятия, определение программы действий.

Дошкольник — это ребенок, которого надо в будущем подготовить к школе. Но, в отличие от традиционного подхода, сводящего эту подготовку к обучению ребенка определенным навыкам и операциям (чтению, счету, письму и т. д.), нейропсихологи считают, что прежде всего необходимо помочь ему сформировать базисные процессы и включить их в более сложные виды деятельности.

Иногда другой специалист, работающий с ребенком, ставит перед нейропсихологом конкретную задачу. Например, логопед говорит, что у ребенка никак не удастся поставить процесс чтения, и при обследовании нейропсихолог выясняет, что причина заключается в слабости серийной организации психических процессов. Бывают ситуации, когда дефектолог не может начать более целенаправленные занятия до тех пор, пока ребенок не станет лучше себя контролировать и строить программу деятельности — в этом случае на помощь снова приходит нейропсихолог.

При работе с детьми необходимо динамическое наблюдение ребенка неврологом (представляется, что название «невролог» предпочтительнее, нежели «невропатолог», поскольку при первом именовании акцент ставится не на обнаружении патологии, а, наоборот, на выявлении сохранного потенциала ребенка). Цель достаточно частых обследований заключается не в постановке диагноза, а в определении проблем ребенка на данный момент. На каждом этапе развития разные отделы нервной системы должны функционировать определенным образом, и неврологическое обследование позволяет сформулировать или уточнить задачи на текущий момент, определить эффективность проведенного воздействия. Так как часто неврологические симптомы выявляются раньше, чем изменения в психической

деятельности, они могут быть чувствительным индикатором, позволяющим отслеживать динамику развития и гибко менять программу коррекции. Нейропсихолог совместно с неврологом могут для данного ребенка разрабатывать специальные упражнения, помогающие активизировать или ослаблять необходимое звено психического процесса.

Коррекционная работа предполагает два варианта:

- развитие невыстроенной или задержанной функции в соответствии с ее естественным ходом развития;

- компенсация функции — в тех случаях, когда ее естественное формирование невозможно (выпадение функции из-за травмы мозга, окончание сензитивного периода для развития функции и др.).

Однако необходимо отметить, что при обоих вариантах мы максимально используем собственные резервы ребенка, сохраненные звенья его психики.

Для иллюстрации роли нейропсихологической коррекции рассмотрим три случая. В приведенных примерах дети очень различаются по возрасту, характеру и тяжести имеющихся проблем.

1. Девочка Т.

Наблюдается в Центре лечебной педагогики 3,5 года с возраста 3 года 10 месяцев.

Девочке в раннем возрасте в больнице был поставлен диагноз ДЦП и зафиксировано сильное отставание в психоречевом развитии. Она прошла курсы массажа и лекарственной терапии. На момент обследования посещала детский сад для детей с ослабленным зрением. Специальных развивающих занятий с ребенком не проводилось.

При первичном обследовании (наблюдение за движением и игрой) были выявлены следующие проблемы:

- недостаточность общей и мелкой моторики;
- трудность ориентировки в пространстве;
- компенсаторная леворукость вследствие слабости правой руки;
- ограничение понимания обращенной речи, в собственной речи использует вокализации и отдельные слоги;
- игра примитивная, манипулятивная.

Поскольку девочка формировалась в патологических условиях (проблемы в перинатальном и неонатальном развитии), недостаточными оказались практически все психические процессы. Отмечалось общее снижение мозговой активности, что блокировало развитие всех функций.

Для девочки совместно с разными специалистами была составлена индивидуальная программа коррекции.

Сначала для адаптации Т. в новой ситуации и повышения ее общей активности использовались различные виды сенсорной стимуляции (в ходе занятий применялись тактильная, слуховая, зрительная, обонятельная и двигательная стимуляции), игры. Постоянно проводилось динамическое наблюдение девочки неврологом для отслеживания эффекта и дозировки стимулирующих воздействий, чтобы не перегрузить нервную систему. Затем были поставлены более конкретные задачи, направленные на развитие двигательной сферы (координации, двучной деятельности), зрительно-моторных координаций, помогающие выстраиванию пространственных представлений.

Периодически на фоне занятий применялась в малых дозах лекарственная терапия. Курсами проводился массаж. В результате работы ДЦП был квалифицирован не как диагноз, а как внешние проявления, и со временем удалось в значительной мере их устранить.

Т. стала заниматься в группе, где был более четко выстроенный распорядок занятий (ЛФК, музыкотерапия, ручная деятельность и т. п.), более жесткие требования к детям.

В результате занятий отмечена значительная положительная динамика во всех сферах, заметно расширились собственные речевые возможности девочки.

Стала осуществима подготовка ее к школе. С осени 1997 г. Т. посещает детскую группу, в которой прививаются определенные школьные навыки и умения. Ей стали доступны многоступенчатые инструкции, задания на классификацию, упорядочивание объектов; формируются звуковой анализ и глобальное чтение.

Девочка адекватно ведет себя в ситуации урока: сидит за партой, выполняет задания, выходит к доске и т. п.

Т. поступила во вспомогательную школу и с осени 1998 г. начнет в ней обучаться. Это является огромным достижением не только в познавательном плане, но и в социальном, так как раньше медико-

педагогическая комиссия признавала девочку необучаемой, и ни в какую школу ее не принимали.

2. Мальчик Д.

Наблюдается в ЦЛП один год с возраста 6,5 года.

У мальчика в возрасте 4 месяцев была травма головы. В 5 лет перенес две операции на мозге, удаление кисты в правой теменной области.

Поскольку травма имела место в достаточно раннем возрасте и локализовалась в правом полушарии, то не могло полноценно сформироваться межполушарное взаимодействие, и развитие левого полушария также тормозилось.

При обследовании и наблюдении отмечалась следующая феноменология:

- гиперактивность;
- эмоциональная лабильность, вспышки агрессии;
- дефицит слухового внимания;
- несформированность пространственных представлений;
- нарушение серийной организации психических процессов;
- несформированность процессов программирования и контроля;
- резонерство.

Направленная коррекция включала следующие задачи:

- торможение избыточной речевой продукции (выполнение невербальных заданий);
- развитие зрительно-моторной координации (игра в мяч, прослеживание глазами за предметом);
- освоение пространства (маркировка правой руки, обозначение и закрепление речевых аналогов координат верх — низ, право — лево);
- работа над серийной организацией и развитием функций программирования и контроля (игры с сюжетом и правилами, раскладывание серии сюжетных картинок, составление плана занятий и т. п.).

В результате занятий отмечалась положительная динамика в поведении и общем развитии. Однако в период проведения занятий у мальчика в семье возникла психотравмирующая ситуация, что вызвало состояние некоторой декомпенсации: вернулись отдельные

дезадаптивные поведенческие реакции, страхи. Всегда следует учитывать возможность наложения на коррекционную динамику внешних неблагоприятных факторов, что зачастую приводит к некоторому «откату» в развитии. В других случаях подобное явление объясняется так называемым обкрадыванием одних функций, чаще всего базовых, из-за бурного развития высших когнитивных и речевых, являющихся крайне энергоемкими, особенно в период их начального формирования. Специалист, работающий с ребенком, должен знать: все эти негативные моменты не означают, что проделанная работа оказалась напрасной. Приобретенные навыки не исчезают, их не надо нарабатывать с начала — они восстанавливаются на более высоком уровне развития.

Следующий случай очень показателен как пример того, насколько легко возникают диагностические ошибки, и того, что при правильной квалификации первичной причины имеющихся проявлений и направлении именно на нее коррекционных воздействий мы достаточно быстро можем наблюдать положительную динамику.

3. Мальчик К.

Наблюдается в ЦП в течение 6 месяцев с возраста 6,5 лет.

При первичном знакомстве с мальчиком нарушения его поведения и развития выглядели достаточно тяжелыми. Он уходил от контакта, занимался только какими-то своими довольно примитивными и неразвернутыми играми, не выполнял инструкции. Из-за этих поведенческих особенностей ему был поставлен диагноз: «ранний детский аутизм, значительное отставание в интеллектуальном развитии».

При нейропсихологическом обследовании, проходившем в несколько приемов, была выявлена следующая феноменология:

— ограниченное понимание речи, особенно при быстром предъявлении. В ходе направленного обследования удалось выявить нарушение не только фонематического (речевого), но в значительной мере и неречевого слуха;

- собственная речь нечеткая, с нарушением звукопроизношения, слоговой структуры слов, грубые аграмматизмы, бедность словаря;
- высокая степень истощаемости, особенно при вербальной нагрузке;
- слабость мелкой моторики.

Отмечалась резкая диссоциация между выполнением вербальных и невербальных заданий (последние намного более успешны).

Таким образом, отмеченные нарушения выстраиваются в четкую картину сенсорной алалии, при которой наблюдаемые поведенческие проявления носят вторичный характер, так как при сохранном интеллекте мальчик естественным образом избегает ситуаций собственной неуспешности.

С учетом несформированности фонематического слуха была построена программа занятий. Поскольку речевое восприятие являлось слабым звеном, при работе с речью были необходимы дополнительные опоры: картинки, тактильный, двигательный образ звука и т. п. Параллельно проводились упражнения на активизацию неречевого слуха. Поскольку память первично была сохранна, ее можно было использовать для усвоения материала через многократное повторение в различных вариантах одного и того же материала.

У мальчика отмечалась высокая истощаемость, проявляющаяся в снижении продуктивности, уходе от деятельности. Из-за этого он нуждался в разносторонней стимуляции (запахами, тактильным воздействием, движением, музыкой).

К настоящему времени, после сравнительно недолгого периода занятий у К. отмечается значительный прогресс в развитии: мальчик стал гораздо лучше понимать речь и может пользоваться ею самостоятельно. Мама отмечает, что у него появилось желание общаться с младшей сестрой и другими детьми, возросла общая активность и расширился круг интересов.

На данном примере видно, что этот случай оказался более успешным для коррекции, поскольку имела место локальная мозговая дисфункция. Особенности эмоционально-волевых и познавательных процессов носили вторичный характер в связи со слабостью сенсорного компонента речи.

Из приведенных примеров становится понятно, как важно при диагностике ребенка из всего многообразия феноменологических проявлений точно вычленить первичный синдромообразующий дефект и именно на него направить коррекционное воздействие. При этом показателем успешности проведенной работы служит не только развитие нарушенной психической функции, но и гармонизация ее с остальными психическими процессами.

*Виноградова Анна Львовна — нейропсихолог Центра лечебной педагогики (117311, Москва, ул. Строителей, д. 17-б);
эл. почта: cnt02@glasnet.ru*

Из опыта работы семейного психолога

Борисовская О. Б.

Указаны ситуации, в которых требуется помощь семейного психолога. Представлен опыт применения системного подхода в семейной психотерапии. Кратко описан метод циркулярных последовательностей, получивший развитие в рамках этого подхода. Обсуждается феномен так называемого симптоматического поведения, дается его оценка с точки зрения семейной психотерапии.

Клинический психолог, осуществляющий наряду с дефектологами, невропатологами, психиатрами и другими специалистами диагностику и коррекцию детей с различными особенностями развития, — явление понятное и привычное. Гораздо реже в междисциплинарную команду специалистов включается семейный психолог.

В настоящее время мысль о влиянии семьи на этиологию и лечение многих психических и соматических заболеваний стала очевидной и необходимость работы с семьей ребенка осознается все острее. Психотерапевтический компонент работы с семьей в разной степени реализуется всеми специалистами, работающими с ребенком. В ряде случаев можно обойтись просто консультированием на рациональном уровне (дать необходимую информацию о состоянии и перспективах развития ребенка, показать необходимость определенных шагов в развитии и воспитании и т. д.), но иногда этого бывает недостаточно. Встречаются ситуации, когда требуется помощь семейного психолога, а иногда и подключение семейной психотерапии. К таким ситуациям можно отнести знакомые многим случаи:

- прекращение коррекционных занятий при некотором улучшении состояния ребенка;

- постоянные консультации родителей у различных специалистов, лечение у народных целителей, экстрасенсов (зачастую без применения реальных мер по обучению и развитию своего ребенка) — так называемое хождение по кругу;

- неприятие родителями факта инвалидности ребенка;

- излишняя инвалидизация ими ребенка в собственных глазах;
- непризнание ими факта его взросления;
- школьные трудности, не имеющие объективных причин, нежелание ребенка ходить в школу.

Эти и ряд других проблем являются вторичными по отношению к проблемам функционирования семьи ребенка и достаточно успешно поддаются коррекции в результате семейной психотерапии.

Обращение за психотерапевтической помощью — сложный и ответственный шаг для любого человека и для семьи в целом. Пугает опасность постороннего воздействия, необходимость изменения привычного уклада жизни. Обычно за помощью обращаются в крайних, кризисных ситуациях, когда отчаяние пересиливает этот страх. В случаях же не добровольного обращения, а тогда, когда на консультацию к психологу родителей направляют другие специалисты, мы зачастую сталкиваемся с сопротивлением и отсутствием необходимой мотивации для совместной работы. Решение этих проблем требует иногда длительного времени и значительных усилий.

Семейная терапия — один из подходов в современной психотерапии, при котором в качестве клиента выступает не индивид, проявляющий те или иные нарушения, но вся его семья, а психопатологический симптом рассматривается не сам по себе, а как функция неадекватных внутрисемейных взаимоотношений. Каждый человек представляет собой фрагмент семейной системы и, естественно, испытывает на себе ее влияние.

В настоящее время существует масса различных направлений семейной терапии, отличающихся теоретической ориентацией, трактовками структуры семьи и ее роли в происхождении психических и соматических заболеваний, а также применяемыми методами. В последнее время наибольшее распространение на Западе получил *системный подход* к семейной психотерапии. Одним из важнейших моментов работы психотерапевта в рамках этого подхода является способ организации получаемой информации. Содержание (основную канву событий) в беседе с клиентом вычленить достаточно легко, но как это содержание анализировать? При более привычном, линейном описании ситуации (событие А повлекло за собой событие В) акцент делается на временных последовательностях событий. Предпочтительнее же использовать циркулярное описание, в котором значение прошлых событий оценивается с учетом возникнове-

ния последующих. Так, один из примеров упомянутого выше «хождения по кругу» можно представить в виде следующей *циркулярной последовательности*:

- 1) мать находится в депрессивном состоянии после развода;
- 2) у ребенка возникают проблемы, требующие ее внимания;
- 3) она занята ребенком, на свои переживания не остается времени;
- 4) ситуация улучшается, однако ухудшается состояние матери, и

т. д.

Циркулярные последовательности могут быть более сложными, иметь множество ответвлений: например, для помощи в описанной ситуации с ребенком могут быть привлечены отец или бабушка с дедушкой, происходящие события могут затрагивать братьев и сестер ребенка и т. д.

Линейная ориентация предполагает, что все коррекционные воздействия должны быть направлены на ребенка, циркулярная — что можно попытаться видоизменить отдельные звенья этой цепочки, не связанные напрямую с ребенком, или даже всю последовательность в целом. В результате анализа циркулярных последовательностей выдвигаются *циркулярные гипотезы*, на основе которых и осуществляются конкретные психотерапевтические действия.

Индивидуальные проблемы какого-либо члена семьи часто свидетельствуют о дисфункциональной структуре семьи. При подобном подходе очевидным становится тот факт, что целью семейной терапии является не устранение симптома, а исцеление всего больного организма, т. е. дисфункциональной семейной организации, хронических стереотипов (паттернов) взаимодействия ее членов. Предполагается, что изменение семейной структуры «излечит» проблемы.

При изучении *структуры семьи* исследуются ее *состав* (вся семья, подсистемы, межпоколенные и другие коалиции и т. д.), *сплоченность* (эмоциональные связи, близость, привязанности членов семьи), *иерархия* (доминирование, власть, принятие решений, степень влияния отдельных членов), границы (внешние, внутренние), *история*, ритуалы, правила и т. д. Собрать и организовать этот материал помогают *генеграмма* (семейная родословная, изображенная графически) и *циркулярное интервью*.

В зависимости от наполнения всего перечисленного реальным содержанием семьи по-разному адаптируются к изменениям и стрессам (в частности, к болезни ребенка), по-разному продвигаются по

этапам *жизненного цикла*. Предполагается, что каждая семья в своем развитии проходит ряд стадий: 1) отделение взрослого ребенка от родительской семьи; 2) объединение двух семей в результате брака; 3) рождение ребенка; 4) стабилизация семьи до момента, пока ребенок не покидает дом; 5) супруги снова остаются одни; 6) кто-то из супругов остается один после смерти другого.

При переходе на следующую стадию в жизни семьи возникают кризисные периоды, во время которых должен произойти ряд изменений. Простые, лежащие на поверхности изменения некоторых форм поведения способна осуществить и дисфункциональная семья. Однако для осуществления изменений более высокого порядка — структурных, которые одни лишь и могут привести к решению проблем, к выходу из тупика, — семья зачастую нуждается в профессиональной помощи. При отсутствии такой помощи кризис обычно маскируется симптоматическим поведением ребенка.

Симптоматическое поведение характеризуется следующими признаками: 1) нарушения поведения непроизвольны и не поддаются контролю со стороны пациента, 2) они оказывают сильное влияние на других людей и 3) часто «закрепляются» окружающими. Большинство психосоматических, невротических, поведенческих проблем у детей может быть представлено именно таким образом, т. е. ребенок своими проблемами как бы прикрывает проблемы родителей. При подходе к проблемам ребенка как общесемейным способ воздействия на ситуацию может быть выбран более точно. Так, например, ребенок с агрессивным поведением может быть направлен: а) к психиатру, б) к невропатологу, в) на игротерапию или в детскую группу общения, а возможна и г) семейная психотерапия.

Симптом у одного члена семьи обычно «полезен» для кого-то другого. Он может способствовать либо сохранению семьи в привычном состоянии, либо, наоборот, переходу на новую стадию развития. Если же имеются семейные проблемы, обсуждать которые оказывается невозможно, то симптом может стать так называемой *коммуникативной метафорой*, в которой, как в зеркале, отражена проблема (например, драки как замещение недостающей близости, потеря сна как боязнь утраты контроля, рвота как отторжение неприятной ситуации и т. п.). Следовательно, на симптоматическое поведение можно взглянуть с точки зрения его функциональной целесообразности для семьи. Такая позиция позволяет переопределить проблему в позитив-

ном ключе (*рефрейминг*), что дает членам семьи возможность по-новому взглянуть на сложившуюся ситуацию и увидеть необходимые для изменений ресурсы внутри самой семьи.

Обычно семья желает избавиться от мучительного симптома, но при этом не хочет что-либо существенно менять. Это основной *парадокс*. Но на месте одного симптома может появиться другой, зачастую более драматичный (вылечивается ребенок, но тяжело болеет бабушка; вылечивается алкоголик, но супруги разводятся). Целью терапии должно быть облегчение симптомов без появления новых.

Каждый случай лечится особо, не одним-единственным методом. Даже при внешнем совпадении симптомов случаи могут отличаться, и действовать тогда нужно по-разному. В семейной терапии может быть использована масса различных техник. Весьма эффективными являются так называемые *парадоксальные техники* (парадоксальное преднамеренное преувеличение образцов поведения клиентов), среди которых и такая, как предписание семье ничего не менять, но осуществлять свое симптоматическое поведение под контролем.

И в заключение следует отметить, что семьи с больными детьми могут функционировать, как обычные здоровые семьи, ничем от них не отличаясь и подчиняясь в своем развитии всем обычным закономерностям. Такая семья становится *дисфункциональной*, если концентрируется на болезни, «живет с несчастьем».

В частности, такая фиксация на болезни может быть связана с тем, что мать чувствует вину за рождение больного ребенка и старается быть «хорошей матерью», берет все на себя, все делает за ребенка, лишая его ответственности, делая его более беспомощным, чем он есть, и таким образом его инвалидизируя. В подобных случаях очень важно положительно переопределить отношение матери к ребенку, показать ей, что она реально хорошая мать. В результате этого семья может перестать концентрироваться на болезни, а функционирование ребенка стать более успешным.

Борисовская Ольга Борисовна — психолог Центра лечебной педагогики (117311, Москва, ул. Строителей, д. 17-б); эл. почта: cni02@glasnet.ru

Психологическая поддержка семьи, воспитывающей ребенка с проблемами развития

Пронина Н. Н.

Дана краткая характеристика дисгармоничных отношений, часто складывающихся в семье ребенка с нарушениями психического или физического развития. Перечислены проблемы, с которыми родители обычно обращаются к семейному психологу (психотерапевту). Кратко описан процесс работы специалиста с семьей ребенка. Успешным результатом работы представляется переформулирование родителями первоначальных жалоб на ребенка в вопрос о необходимых изменениях в собственном поведении.

В семьях, где растет ребенок с нарушениями психического или физического развития, складываются, как правило, дисгармоничные отношения. В таких проблемных семьях существуют жесткие ролевые позиции, препятствующие развитию не только ребенка, но и всех членов семьи. Например, родители считают себя «жертвами» судьбы; «виноватыми», что у них «ненормальный» ребенок; проигравшими борьбу за здоровье ребенка. Как следствие, для них невозможны полноценная радость и удовлетворение простых человеческих желаний. Их занятость своими переживаниями так велика, что ребенок чувствует себя изолированным. Так, ребенок, из-за которого мать бросила работу, говорит: «Я часто хочу посоветоваться, но не с кем, хотя мама рядом». Другой, опекаемый всем семейством, ребенок жалуется: «Если бы я исчез, всем стало бы лучше» или: «Я им не нужен, уйду — и никто не заметит». Общее для таких детей — они не ощущают себя значимыми для окружающих. Понимая, что помочь подобным детям можно только одновременно помогая и их родителям, особое внимание следует уделять семье в целом.

За помощью к семейному психотерапевту родители могут обратиться по своей инициативе или по направлению специалиста Центра лечебной педагогики — педагога, врача, психолога.

Наиболее частые проблемы, с которыми обращаются родители, — «ненормальность», непослушание ребенка. Проще говоря, ребенок не оправдывает родительских ожиданий. Родители предполагают, что он вовремя начнет стоять, ходить, говорить, читать — т. е. вести себя, как все дети. У некоторых родителей есть еще и семейные ожидания: петь, как бабушка; играть на скрипке, плавать, как папа; играть в шахматы, как дед. Из-за несоответствия ребенка этим ожиданиям он получает оценку: «непослушный», «упрямый», «неразвитый», «тугодум», «неряха», «неловкий» и т. д. Часто приходится сталкиваться с такими явлениями, как чрезмерная опека и ограничительство со стороны родителей; противоречивость, непоследовательность в их поведении по отношению к ребенку; значительные разногласия членов семьи по вопросам его воспитания. Нередко (особенно в неполных семьях) складывается особый тип отношений между матерью и ребенком, который можно назвать симбиотически-отвергающим: взаимозависимость, характерная для матери и ребенка более раннего возраста, и наряду с этим — взаимное неприятие.

Как правило, семейное консультирование начинается с запроса родителей. Обычно это жалобы на поведение ребенка: «Он агрессивен, неуправляем», «Он подавлен, безразличен». Почти никогда мы не слышали: «У нас в семье что-то не так, помогите». Поэтому в большинстве случаев перед специалистами стоит задача переформулировать запрос, т. е. показать членам семьи их роль в возникновении проблем ребенка. Более того, эти проблемы чаще всего оказываются «зеркалом» проблем родителей.

Например, ребенок пуглив, напряжен, у него лицевые тики, возникающие в ответ даже на громкий голос. В таких случаях полезно посоветовать родителям не изолировать ребенка даже при неприятных семейных ситуациях. Так, во время семейных обсуждений на высоких тонах по поводу способов лечения ребенка его обычно выставляют из комнаты. При этом он зачастую чувствует себя отвергнутым, виноватым в том, что его родители несчастливы. Если родителям удастся найти способ поделиться с ребенком своими чувствами, извиниться за то, что не включали его в обсуждение семейных дел как полноправного члена, то возможны успешные изменения в семейных отношениях: рост доверия, снятие у ребенка напряженности и страхов.

Для психотерапевта важно работать со всеми членами семьи. Когда это удастся, консультации строятся по методу «работа в кругу» — задается вопрос, на который по кругу отвечают все: дети, мама, папа, дедушки, бабушки, — и позиции каждого быстро проясняются. Но очень часто это невозможно (например, из-за отказа некоторых членов семьи посещать консультации), и тогда психотерапевт вынужден работать только с теми членами семьи, которые к этому готовы. Но даже при таких обстоятельствах улучшения происходят, поскольку семья — это система, и при изменении позиции одного члена семьи (как элемента системы) вынуждены меняться остальные ее члены.

В процессе работы с родителями мы несколько раз просим их написать, что им не нравится (беспокоит) и нравится (радует) в их ребенке. При первой встрече родители обычно могут полноценно выразить только то, что им не нравится. Через некоторое время при повторении этого задания четко прослеживается изменение в отношении к ребенку: родители начинают замечать в нем не только плохое, но и хорошее. Эта положительная динамика находит отклик и в ребенке: он постепенно становится более успешным и в других социальных контактах, у него повышается самооценка, снимается нервное напряжение. Все это сказывается и на познавательной сфере, делая более эффективным взаимодействие ребенка с педагогами.

Помогая разрешить внутрисемейные проблемы, мы не ограничиваемся методами только семейной психотерапии. Наряду с ней проводятся групповые занятия для детей. Программа групповых занятий направлена на развитие познавательной и эмоциональной сфер личности детей и включает тренинг общения в игровой форме, ролевой тренинг с использованием сказок и мифов, методик арттерапии, телесной и танцевальной терапии, психодрамы.

Наш опыт показал, что такой многосторонний подход в работе с детьми способствует формированию у детей навыков общения, потребностей и форм самовыражения, веры в себя, умения отвечать за свои поступки, доверять другим и в то же время быть самостоятельными.

Родители постоянно участвуют в обсуждении проблем и успехов детей и становятся заинтересованными соисследователями своей семьи. Изменения в поведении детей способствуют осознанию роди-

телями того, что их жалобы были связаны с нежеланием меняться самим и принимать детей такими, какие они есть.

В результате работы психотерапевта с семьей родители постепенно переформулируют свои жалобы в запрос: что нам нужно изменить в себе, чтобы создать открытые, уважительные отношения в семье, необходимые для развития ребенка?

***Пронина Наталья Николаевна** — психолог Центра лечебной педагогики (117311, Москва, ул. Строителей, д. 17-б); эл. почта: cnt02@glasnet.ru*

Связь психолого-педагогического сопровождения с успешностью обучения в школе

Матвеева О. А., Львова Е. А.

Представлена разработанная авторами (практическими психологами) коррекционно-развивающая программа, ориентированная на детей, испытывающих трудности обучения в школе. В основу программы положен комплексный подход, позволяющий выявлять дезадаптирующие факторы различного уровня. Трехлетний опыт практической апробации программы привел авторов к выводу о необходимости профилактической помощи психолога для подавляющего большинства детей. По мнению авторов, без такой помощи адаптация школьников к учебному процессу крайне затруднена. В заключение подытожен опыт реализации предложенной программы и перечислены условия ее применения.

Известно, что проблемы школьной и социальной дезадаптации детей в настоящее время становятся все более острыми. К поиску путей их разрешения приковано внимание многих специалистов — педагогов, психологов, социальных работников и др. Как практические психологи, мы специализируемся на работе с детьми именно по проблемам школьной дезадаптации.

Первоначально нами была разработана и апробирована в нашем Центре коррекционно-развивающая программа, ориентированная на младших школьников, испытывающих трудности обучения в школе. В основу этой программы положен комплексный подход, позволяющий выявлять факторы различного уровня, влияющие на школьную дезадаптацию ребенка.

Прежде всего нами выявляются факторы внешнего — педагогического уровня, действие которых обусловлено педагогической запущенностью детей, несформированностью у них навыков учебной деятельности, а также неэффективной педагогической системой, не учитывающей индивидуальных особенностей ребенка. Эти факторы

выявляются в процессе учебной деятельности методами педагогической диагностики.

Факторы среднего уровня выявляются в процессе психологической диагностики интеллектуальной сферы ребенка и определяются несформированностью базовых элементов интеллектуальной деятельности.

Факторы глубинного уровня выявляются в процессе нейропсихологической диагностики и определяются незрелостью или поражением структур головного мозга, что приводит к несформированности схемы тела, рассогласованной работе анализаторов, другим нарушениям. Опора на нейропсихологический анализ состояния психических функций ребенка позволяет нам выделять ведущие причины, лежащие в основе затруднений ребенка при его обучении. Ориентация на эти причины и закладывается нами в практику коррекционного процесса.

Важным элементом программы является также целостный подход к коррекции и развитию ребенка, предполагающий как учет его актуального состояния, так и возможность воздействия одновременно на все сферы его психической деятельности: двигательную, познавательную и эмоциональную. Анализ состояния каждой сферы, а также выявление связи соответствующих симптомов с недоразвитием структур головного мозга позволяют уточнить постановку проблемы и наметить основные направления коррекции.

Другой важной особенностью модели коррекционно-развивающей работы является системный подход, предполагающий анализ состояния системы ребенок — родитель — учитель для выявления социальных причин, препятствующих развитию ребенка.

Таким образом, наша программа предусматривает возможность выявления причин дезадаптации ребенка, выбора форм коррекционно-развивающей работы и форм ее организации с учетом ресурсов самого ребенка, его социального окружения, а также возможностей специалиста, реализующего эту модель. При этом осуществляется объединение усилий значимых для ребенка взрослых, которые, по возможности, вовлекаются в коррекционно-развивающую работу. Психолог осуществляет воздействие на ребенка не только непосредственно, в режиме групповой и индивидуальной работы в специально организованной среде, но также и через родителей и учителей, меняя

с их помощью систему требований и подкреплений в актуальной ситуации развития ребенка.

Коррекционная программа представляет собой цикл занятий, проводимых в групповом или индивидуальном режимах и выстроенных в определенной последовательности. Важнейшие элементы программы — блок тренировки согласованной работы анализаторов и развития пространственных представлений, а также блок развития когнитивных процессов. При этом движение оказывается узловым моментом коррекции, так как коррекция высших психических функций производится путем воздействия на опорно-двигательный аппарат. Целью является развитие возможностей восприятия, формирование базовых пространственно-временных представлений, а также отработка согласованной и координированной работы анализаторов в двух, а затем и в трех модальностях одновременно. Это осуществляется в виде комплекса специальных упражнений по тренировке изолированной работы анализаторов, их координации, а также по формированию у детей адекватных пространственно-временных представлений.

Программа была апробирована в нашем Центре, и ее использование в течение трех лет дало хорошие результаты. Успешный опыт работы с младшими школьниками привел к тому, что родители, педагоги и даже врачи стали обращаться к нам за помощью детям, которых раньше считали успешными, а теперь осознали их специфические трудности. Опыт контакта с разными категориями детей (из коррекционных, обычных и лицейских классов) привел нас к следующему выводу: *в настоящее время социально-психологические условия обучения и воспитания детей в нашей стране таковы, что практически все дети требуют специальной профилактической помощи психолога с целью адаптации их к учебному процессу и стимуляции развития.* Как следствие, мы поставили перед собой задачу разработки специальной программы для оказания такой помощи непосредственно в школе. Кроме того, мы все чаще стали слышать обращения по поводу школьных неудач детей старшего возраста. Так возникла задача оказания помощи старшим детям.

Для решения этих новых задач нами была разработана программа «Каждому пятикласснику — творческий шанс», предназначенная для профилактической работы психолога в школе.

Программа предусматривает реализацию психолого-педагогического сопровождения учащихся пятых классов. Основана эта программа на идее сотрудничества психолога с классным руководителем. Следование данной программе создает условия для устранения недо-развитий предшествующих возрастных этапов и для раскрытия способностей детей путем создания искусственной среды в виде психологического тренинга, с последующим расширением ее до ситуации учебной деятельности и системы внеклассных мероприятий. При работе с детьми психолог опирается не только на классного руководителя, но также на родителей и учителей, включая их в реализацию программы.

Известно, что причины школьных затруднений ребенка могут иметь своим источником как его внутренние проблемы (что проявляется в его дезадаптивном взаимодействии с окружающими, а также в различных задержках развития), так и внешние проблемы, связанные с неэффективной системой требований и подкреплений, используемых взрослыми. Важно отметить изменения во взаимодействии и взаимоотношениях детей и взрослых в современном обществе. Эти изменения выражаются в отсутствии адекватного взаимопонимания между ними и характеризуются разрывом системных связей. Такой разрыв приводит к постоянному рассогласованию требований взрослых с реальными возможностями детей и часто сопровождается отсутствием социальной востребованности и потенциальных перспектив для детей, растерянностью взрослых и трудностями реального планирования ими будущего детей. Поэтому в основу программы оказания помощи ребенку нами заложено рассмотрение взаимоотношений и взаимодействий между ребенком, родителем и учителем с точки зрения единой целостной взаимосвязанной системы, в которой все участники взаимно влияют на состояние и поведение друг друга. Для изменения состояния этой системы программа предусматривает одновременное воздействие на все ее элементы, а также на связи между ними, обусловленные типом сложившихся взаимоотношений. Это осуществляется путем проведения психологом работы отдельно с детьми, их родителями и учителями, а также путем коррекции способов их коммуникации. Психолог воздействует на ребенка не только непосредственно, но и через родителей и учителей, меняя через них систему требований и подкреплений в актуальной ситуации развития ребенка.

Как уже отмечалось, важной особенностью программы является системный подход, предполагающий работу психолога с целостной взаимосвязанной системой родитель — ребенок — учитель, которая, по нашему опыту, обычно далека от оптимального состояния. Если ребенок неуспешен в школе вследствие его определенных особенностей и нарушений развития, то при попытках справиться с трудностями обучения и общения у него вырабатываются неэффективные защитные образцы поведения, которые часто закрепляются в форме демонстрации им реакций безразличия или протеста. Родители и учителя, не понимая трудностей ребенка и не находя причин его «ненормального» поведения, осуждают его и в разных формах усиливают давление и контроль. В результате самооценка ребенка и его интерес к учебе падают, и складывается порочный круг: несформированность навыков деятельности ведет к неуспеху, что порождает тревогу, снижает самооценку и способствует закреплению роли неудачника. Поэтому важная задача психологического вмешательства — первоочередное воздействие на стиль взаимоотношений взрослого с ребенком. Это позволяет, во-первых, изменить состояние ребенка, что достигается созданием поддерживающей среды, в которой и осуществляется коррекция и развитие недоформированных функций. Во-вторых — изменить отношение взрослых к ребенку, что становится осуществимым благодаря информированию их о его реальном состоянии и возможностях, а также созданию позитивных ожиданий относительно положительных изменений у ребенка.

Реализация программы предполагает следующие этапы.

1. Анализ запроса и составление совместно с классным руководителем или другим заинтересованным школьным работником плана психолого-педагогических мероприятий.

2. Создание для детей искусственной коррекционно-развивающей среды в форме тренинга, в которой деятельность любого ребенка будет успешной.

3. Перенос с помощью родителей и учителей наработанных ребенком на тренинге навыков в актуальную ситуацию его обучения.

4. Расширение искусственной коррекционно-развивающей среды путем организации внеклассных мероприятий.

Эти этапы являются, по сути, одной из форм реализации психолого-педагогического сопровождения процесса обучения. Подобное

сопровождение может быть организовано на базе любой школы и применимо к любой категории детей.

Важнейшая составляющая программы — тренинг под названием «Путешествие к собственным способностям», в основу которого положен комплексный подход к коррекции поведения и развитию детей. На тренинге осуществляется одновременно проработка четырех сфер: эмоциональной, когнитивной, социальной, а также сферы, связанной с развитием двигательных актов. Такая проработка реализуется путем включения в программу занятий следующих четырех основных блоков.

Первый, эмоционально-мотивационный, блок предназначен для обеспечения ситуации успеха и формирования у детей адекватной самооценки и желания посещать школу, а также развития у них рефлексии. Важным средством создания ситуации успеха является организация группового процесса в форме игры. Детям объявляют, что у каждого из них есть скрытые способности, и предлагают совершить путешествие для их поиска и раскрытия. Ведущий вводит понятие неких «сил ума», и групповые занятия в дальнейшем построены в форме встреч с каждой из «сил». Таким образом, дети совершают символическое путешествие по «силам», или своим внутренним возможностям.

Второй, социально-нормативный, блок ориентирован на формирование правил и норм поведения, на развитие у детей навыков коммуникации и совместной деятельности. Достижение указанных целей осуществляется путем использования ритуалов и игр с правилами, сопровождаемых оцениванием детьми своего поведения. При этом важную роль играет договор о правилах поведения в группе, который дети обсуждают и затем подписывают. Возможность эмоционального контакта обеспечивается за счет атмосферы эмоционального приятия и взаимного доверия.

Третий блок предполагает тренировку согласованной работы анализаторов и ориентирован на развитие возможностей восприятия, а также на формирование базовых пространственно-временных представлений. Решить поставленные задачи помогают методы телесно-ориентированного тренинга в форме комплекса специальных упражнений по тренировке изолированной работы анализаторов и их координации.

Четвертый блок, блок развития когнитивных процессов, связан с развитием высших психических функций — внимания, памяти, мышления и речи, а также навыков самоорганизации. В этом нам помогают задания по тренировке памяти, внимания, способности решать вербально-логические задачи; применяем мы и речевые игры. Широкое использование метафор и упражнений на управляемое воображение также способствует развитию мышления и является мощным стимулом развития у детей речи.

Разработанная нами программа апробирована в ряде школ: при работе с коррекционным пятым классом школы № 120 и с двумя обычными пятыми классами Пироговской школы. Она дала хорошие результаты: у детей возросла учебная мотивация, снизился уровень тревоги, улучшилось групповое взаимодействие. Кроме того, достигалось лучшее взаимопонимание детей и взрослых: взрослые лучше осознали специфические детские трудности и смогли скорректировать требования к детям с учетом их реального уровня развития, а также помогли подкрепить наработки детей, полученные в процессе тренинга. Дети поверили в свои силы и получили новые возможности развития. В результате у них улучшились успеваемость и учебная мотивация.

Однако после удачного опыта с пятыми классами педагоги и родители сразу подняли вопрос: а как же другие, старшие дети, которые вовремя не получили психологической помощи? Первая наша попытка помощи таким детям была связана с распространением разработанной программы на шестой класс. Наш первый контакт с шестым классом обычной школы показал, что дети зачастую тревожны, агрессивны и не верят в свои силы. Многие ученики шестого класса плохо читают, имеют бедный словарный запас, плохой почерк, характеризуются низкой концентрацией внимания, истощаемы, порой не способны к самостоятельной организации деятельности... По мнению взрослых, эти дети не хотят учиться, однако в процессе проведенного нами исследования их собственных пожеланий выяснилось, что практически все они учиться хотят.

В процессе реализации разработанной программы применительно к шестым классам нами были предприняты следующие шаги.

Во-первых, детям изначально было объявлено, что в тренинге участвует только тот, кто хочет в себе что-то улучшить; главное — захотеть и поверить.

Во-вторых, мы постарались снизить у детей уровень тревожности и создать у них мотивацию на проведение коррекционной работы. Для этого детям было сообщено, что в учебе им часто мешают «мелочи», поэтому важно сначала научиться легко делать простые вещи. Мы объясняли, что не стыдно признаться в плохом чтении и письме с ошибками — все это вполне можно исправить, если на то будет желание.

В-третьих, мы занялись развитием рефлексии и формированием позитивной «Я-концепции». Для этого в процессе занятий детям было предложено понаблюдать за собой и заметить хотя бы небольшие изменения. Сделанные наблюдения активно обсуждались в процессе тренинга.

Работа с учащимися шестых классов осуществлялась в нашем Центре, причем дети входили в состав смешанных разновозрастных групп. Аналогичная работа проводилась с шестым классом одной из московских общеобразовательных школ. С этим классом было проведено шесть занятий. Уже к четвертому занятию учителя заметили, что дети стали внимательнее на уроках, лучше усваивают материал, возрос их интерес к учебе, они стали активнее, легче формулируют мысли. Дети, в свою очередь, заметили, что им стало проще делать уроки, что они меньше устают, что улучшились отношения в классе.

Недавно как в Центре, так и в школах появился запрос на проведение психологической работы и со старшими детьми — учениками седьмых-восьмых классов. Наш первоначальный контакт с детьми этой возрастной категории показал, что необходимо менять форму работы, так как запрос на ее проведение исходил только от взрослых, а сами дети совсем не мотивированы на работу с психологом. Взрослые жаловались на падение учебной мотивации, на неуправляемость, а иногда и агрессивность детей. Выяснилось, что у многих детей уже закрепились дезадаптивные роли и появились соответствующие интересы, поэтому их не слишком огорчают плохие оценки. Применительно к ситуации мы решили проводить психологическую работу в форме уроков психологии, которые включали семинары, дискуссии, а также диагностические и тренинговые занятия. Основной акцент при этом был сделан на адаптацию и социализацию подростков на основе проработки их личностных целей и с учетом их реальных социальных возможностей.

Для детей указанной возрастной категории нами был разработан новый тренинг — «Одиссея возможностей и шансов», цели которого формулировались следующим образом.

- Помощь в ориентации подростков в социуме, в том числе в установлении должных отношений в классе со сверстниками, а также со взрослыми в школе и дома.

- Получение возможности самоосознания и критической оценки себя и других каждым участником тренинга.

- Проработка позитивных целей и способов самореализации подростка через выбор им эффективных стратегий и способов поведения.

- Получение подростками опыта установления позитивных взаимоотношений и разрешения конфликтных ситуаций в специально созданной искусственной среде.

При проведении тренинга нами были использованы следующие приемы.

- Объективное информирование детей об особенностях психики человека и его поведения в различных ситуациях. Для объяснения подросткам причин некоторых конфликтных ситуаций, возникающих в классе в процессе тренинга, психологом приводились сведения из социальной психологии; совместно обсуждались возможности разрешения подобных ситуаций.

- Тренинговые занятия проходили в форме игры-социодрамы при постоянном комментировании ее хода психологом и с последующей дискуссией в группе.

- Подросткам предоставлялась возможность так называемой закрытой работы, например, путем исполнения ролей в масках, выступлений от лица другого участника и т. д., а обратная связь с психологом устанавливалась в форме жестов, рисунков, анонимных записок.

- В процессе тренинга широко использовались упражнения на управляемое воображение, а также рисунки, стимулирующие у подростков самовыражение и рефлекссию.

Применение указанных приемов позволило установить для подростков «безопасную» дистанцию от взрослых и обеспечило им не только возможность избежать слияния с группой, но и приобрести новый позитивный социальный опыт. Достигнуто это было за счет

проигрывания целого ряда ролей и безопасного экспериментирования с различными способами поведения.

Первоначально данный тренинг был апробирован нами на шестом классе Пироговской школы, который в предыдущем году прошел тренинг «Путешествие к своим способностям». Успех оказался очевидным, что было отмечено как детьми, так и взрослыми. В настоящее время этот тренинг проводится с учениками восьмого класса Пироговской школы.

* * *

Как было показано, предложенная программа психолого-педагогического сопровождения может использоваться в процессе специально организованной коррекционно-развивающей работы с детьми. Она служит средством профилактики социальной дезадаптации детей путем восстановления связей в системе ребенок — родитель — учитель. Программа ориентирована на детей младшей и средней школы и может быть положена в основу адаптации детей этих возрастных групп. Формой реализации программы является прикладная модель коррекционно-развивающей работы, которая может быть использована в школе при взаимодействии психолога со школьной администрацией и классным руководителем. При следовании этой программе у учащихся корректируются нарушения развития, стимулируется творческое проживание ими программного материала, а также достигается лучшее понимание взрослыми возможностей детей.

Подводя итоги, можно сказать, что применительно к учащимся пятых — восьмых классов предложенная методика дала положительные результаты. Проведенная работа позволила учителям по-новому взглянуть на учеников и использовать новые педагогические приемы для подкрепления результатов, полученных детьми на тренинге. Родители получили новые возможности увидеть трудности детей, реально оценить их возможности и найти новые способы взаимодействия и помощи. Дети с интересом включались в групповой процесс и в ходе тренинга отмечали позитивные изменения в учебе, в отношении к урокам, во взаимоотношениях со сверстниками и взрослыми. Сопоставление результатов диагностического исследования, проведенного в начале и в конце тренинга, показало рост показате-

лей, характеризующих память, внимание, работоспособность, словесно-логическое мышление, групповое взаимодействие; дети стали более контактными и способными к совместной работе.

В зависимости от характера запроса, уровня развития детей, ситуации в школе и социальных условий жизни детей возможны разные формы реализации предлагаемой программы. Так, например, опереться можно либо на классного руководителя (как получилось в Пироговской школе, так как основной запрос исходил именно от учителя), либо на завуча (если именно он проявляет основную заинтересованность в позитивных изменениях детей), либо на школьного психолога (именно так было в школе № 120, где тренинговая работа с детьми проводилась в Центре, а работу с педагогами и родителями вел школьный психолог).

Формы взаимодействия со взрослыми также могут быть различными, и их выбор определяется особенностями конкретной ситуации. При этом возможно как непосредственное взаимодействие психолога с педагогами и родителями на педсоветах, родительских собраниях, в индивидуальных беседах, так и опосредованное — в форме различных отзывов, анкет, заочно переданных мнений.

Степень включения взрослых в коррекционно-развивающий процесс также может быть различной. Психолог может опираться либо на учителя (и работа с родителями осуществляется тогда через учителя), либо он может иметь дело непосредственно с родителями, взаимодействуя с учителями опосредованно. При готовности и тех и других к непосредственному контакту с психологом возможна работа со всеми взрослыми одновременно, но в любом случае важен принцип добровольности и последовательного включения в сотрудничество всех участников педагогического процесса.

Матвеева Ольга Александровна — канд. психол. наук, практический психолог Психолого-медико-социального центра «Юго-Запад» (117313, Москва, Ленинский просп., д. 89)

Львова Евгения Анатольевна — практический психолог Психолого-медико-социального центра «Юго-Запад» (117313, Москва, Ленинский просп., д. 89)

Опыт работы невропатолога в группе специалистов смежных специальностей

Меланченко Е. А.

Описана роль невропатолога в группе специалистов Центра лечебной педагогики, занимающихся подготовкой к школе «проблемных» детей и коррекционной работой с неуспевающими школьниками. Обозначено соотношение медикаментозного и других способов коррекционного воздействия в условиях Центра.

Работа невропатолога в процессе абилитации в Центре лечебной педагогики принципиально отличается от аналогичного рода деятельности в стационаре или поликлинике. Районный или палатный врач ставит диагноз, назначает ребенку необходимый минимум лабораторных исследований и соответствующее медикаментозное и/или физиотерапевтическое лечение. Консультации со специалистами смежных специальностей, работа с родителями, динамическое наблюдение за состоянием пациента практически отсутствуют; контроль за лечением происходит в лучшем случае один раз в 3–6 месяцев.

Работа в качестве врача-невропатолога в Центре лечебной педагогики имеет ряд принципиальных особенностей, о которых пойдет речь ниже.

Во-первых, наша деятельность протекает в команде. Команда — это группа специалистов, разрабатывающая индивидуальные программы развития для каждого ребенка. Невропатолог в таком объединении выполняет роль стратега. Он не предлагает конкретного лечения, но формулирует основные проблемы, которые имеются у данного пациента, ставит топический диагноз, устанавливает уровень поражения нервной системы и вырабатывает вместе с членами команды упражнения на формирование той или иной функции.

Во-вторых, врач в команде имеет по крайней мере начальные представления о психологической ситуации в семье и о том микросоциуме, в котором находится конкретный ребенок. Врач осознает, какие задания могут быть выполнены под контролем специалиста — лечебного педагога, а какая часть — в домашних условиях.

В-третьих, осмотр, как правило, ведется не в отдельном кабинете, а путем наблюдения за деятельностью детей на каких-либо занятиях: на уроке, в мастерской, в физкультурном зале, просто во время игры на ковре и т. д. Если ребенок не посещает коррекционные занятия, а с ним занимаются дома родители при консультативной поддержке специалистов Центра, то невропатолог внимательно изучает рисунки и классные тетради. При этом доктор следит за правильностью письма, почерком, за их изменением в течение учебного дня и недели, за характером изображения прямых линий, за расположением рисунка на листе бумаги и др.

С учетом перечисленных особенностей легче понять, как проходит работа той группы специалистов, в которую входит автор данной публикации. Эта работа заключается в подготовке 6–7-летних детей к школе и решении проблем школьной неуспеваемости детей старшего возраста.

Почему же мы занялись подобной деятельностью? Дело в том, что анализ проблем, с которыми сталкиваются школьники, показал, что больше 50% детей не успевают за темпом школьных занятий, по несколько часов выполняют домашние задания, мучаются тяжелыми головными болями, а при длительном письме — болями в спине и руке. Примечательно, что все эти проблемы подчас возникают у детей с сохранным интеллектом. Удивительно, что до обращения в наш Центр эти дети считались всеми врачами, даже невропатологом, практически здоровыми.

Анализ клинико-нейрофизиологических показателей выявил у большинства неуспевающих детей признаки перенесенного в младенческом возрасте гемипареза или гемисиндрома. В тех случаях, когда диагноз был своевременно поставлен, дети проходили курсы массажа, физиотерапии, принимали медикаментозные препараты. На втором году жизни они обычно исчезали из поля зрения невропатолога и на учете больше не состояли. В период с трех до семи лет проблемы, связанные с асимметриями, ни детей, ни их родителей, как правило, не беспокоили. Лишь в школьном возрасте проявились

сложности ориентировки в пространстве, трудности во владении письмом, стало обнаруживаться большое количество описок, перестановок букв в слогах, слогов в словах и т. п.

Одна из причин такого рода проблем — недостаточная сформированность межполушарного взаимодействия, что и приводит к выраженным трудностям в процессе обучения. Помощь детям, которые имеют данную патологию, сводится к следующим составляющим: развитие двуручной деятельности, нейропсихологическая помощь, иногда — медикаментозная коррекция.

Для развития двуручной деятельности мы применяем, прежде всего, рисование одновременно двумя руками на вертикальной поверхности сходящихся и расходящихся кругов и волн. Кроме того, полезно оказалось выполнять те же упражнения в положении лежа на животе. При этом использовались мелки или кисточки (но не ручки или карандаши), так как данные инструменты позволяют адекватно обеспечить тоническое напряжение во всех мышцах верхнего плечевого пояса с двух сторон одновременно.

Другой практикуемый нами вид двуручной деятельности — игры с мячом: подбрасывание его попеременно правой и левой рукой в вертикальной плоскости и отбивание его от стены.

Мы также уделяем внимание развитию мелкой моторики при взаимодействии обеих рук. Для этого дома дети лепят, перебирают крупу, девочки занимаются макраме и т. д.

Одним из самых важных занятий является укрепление спины с помощью массажа и лечебной гимнастики. Способствуют этому также плавание, игры в волейбол и баскетбол.

Медикаментозное лечение не носит замещающего по отношению к другим коррекционным воздействиям характера. Любое лекарство используется в микродозах — в 3–4 раза меньших, чем рекомендовано в медицинских справочниках. Кроме того, лекарственные препараты применяются лишь для «толчка»: не на первом этапе работы с ребенком, а только когда требуется произвести качественно новые изменения в состоянии нервной системы. При этом всегда учитывается специфическое действие того или иного стимулятора.

Например, ноотропил употребляется преимущественно в случаях корковых расстройств; наком — при расстройствах, носящих экстрапирамидный характер. Любое лекарственное средство не применяется более двух недель, причем за получаемым эффектом проводится

очень четкий динамический еженедельный контроль: невропатолог оценивает состояние мышечного тонуса, рефлекторную сферу, координаторные расстройства в виде мимопопадания и интенционного тремора (в последнем случае преимущество отдается пальцемоточковой, а не пальценосовой пробе). По возможности проводятся нейрофизиологические исследования. Адекватный контроль за электроэнцефалограммой и электронейромиограммой позволяет не превышать допустимый уровень компенсации, достигнутый у каждого конкретного ребенка и избегать побочного действия лекарств. Конечно, установлению такого контроля очень помогло бы создание собственной нейрофизиологической лаборатории.

В заключение необходимо еще раз подчеркнуть важность «командного» метода работы в процессах реабилитации и ту роль стратега, которую играет в сообществе невропатолог. Недостаточность его знаний по смежным специальностям — нейропсихологии, дефектологии, логопедии, арттерапии и др. — компенсируется взаимодействием с соответствующими специалистами. На невропатолога, как владеющего клиническими и нейрофизиологическими методиками контроля, возлагается и функция наблюдения за процессом абилитации детей, которыми занимается вся группа специалистов.

Меланченко Елизавета Александровна — невропатолог Центра лечебной педагогики (117311, Москва, ул. Строителей, д. 17-б), аспирант Российской медицинской академии постдипломного образования (Москва); эл. почта: cmt02@glasnet.ru

Особый ребенок: исследования и опыт помощи
1998. — Вып. 1. — С. 87–103

Проблема междисциплинарного взаимодействия в коррекции школьной дизадаптации

Северный А. А.

Приводятся разнообразные медико-статистические и демографические данные, свидетельствующие о крайне серьезном неблагополучии в состоянии здоровья российских детей. Подчеркивается несовершенство существующей государственной системы охраны психического здоровья, наличие в ней межведомственных и междисциплинарных барьеров. Обосновывается употребление термина «дизадаптация» вместо более распространенного «дезадаптация». Дается развернутое определение этого термина, а также связанного с ним понятия «школьная дизадаптация». Исследуются причины и описываются возможные пути профилактики и коррекции школьной дизадаптации. Обсуждаются проблемы взаимодействия специалистов, работающих с дизадаптированными школьниками. Развивается мысль о необходимости создания комплексной системы психолого-психиатрической помощи учащимся. Перечислен ряд авторских разработок, направленных на построение подобной системы.

Здоровье подрастающего поколения не может рассматриваться в отрыве от здоровья всего населения. Следует помнить, что, заботясь о здоровье детей «по остаточному принципу», невозможно рассчитывать на здоровье нации в целом, на обеспеченность ее будущего. Но, поскольку у государства масса текущих расходов и неоплаченных долгов, забота о будущем откладывается на потом. Что влечет за собой такое откладывание, известно из основных демографических показателей и показателей медицинской статистики. Так, за 1990–1994 гг. россиян родилось на 3,7 млн. меньше, чем за предыдущее пятилетие; физиологическое течение беременности и родов наблюдается лишь у 20% рожениц, т. е. каждый пятый ребенок рождается больным или заболевает в неонатальном периоде; более

1 000 000 детей являются практически инвалидами; за время школьного обучения число физически здоровых детей сокращается в пять раз, а подростковая смертность только за три последних года увеличилась на 35%. Лишь 14% выпускников средней школы можно считать практически здоровыми.

Не менее красноречивы показатели социального «здоровья» детей и подростков. Около 2 000 000 детей школьного возраста (10% соответствующей популяции) нигде не обучаются, и именно на них приходится 40% детско-подростковой преступности; около 2 000 000 детей и подростков бродяжничают; число детей-сирот достигло 600 000; 40% детей подвергаются насилию в семьях; в школах 16% учащихся испытывают со стороны педагогов физическое насилие и 22% — психологическое; за последние 10 лет смертность от самоубийств среди детей и подростков выросла на 100%, в 1996 г. покончили с собой 2756 детей и подростков, самоубийства фиксируются уже среди детей 5–9 лет. В стране 700 000 семей, в которых есть несовершеннолетние и одновременно один из родителей — безработный, а в 60 000 семей с детьми оба родителя не имеют постоянного источника заработка. При этом за последние 1,5 года выявлено 10 000 нарушений законодательства о льготах и гарантиях гражданам, нуждающимся в социальной защите. Противоправное поведение несовершеннолетних растет в два раза быстрее, чем среди взрослых, особенно по тяжким преступлениям против личности. Детская преступность выросла за пять лет в 1,5 раза, число правонарушений, совершаемых девушками, — на 57,1%; число несовершеннолетних, задержанных за правонарушения, увеличилось почти вдвое и превысило 1 000 000 в год; 27% из них — младше 14 лет. На территории России действуют около 30 000 преступных группировок несовершеннолетних. При этом от 60 до 80% «несовершеннолетней» преступности приходится на подростков, имеющих психические аномалии. За один лишь 1996 г. число детей и подростков, состоящих на диспансерном учете по поводу наркомании, возросло в 2 раза, токсикомании — в 2,7 раза, алкоголизма — на 10%, а число смертей в результате алкогольных отравлений в детско-подростковом возрасте за 1990–1995 гг. увеличилось в 3 раза. Около 20% школьников имеют опыт употребления наркотических и токсикоманических средств. Число подростков, состоящих на учете с диагнозом «наркомания», в 1996 г. возросло по сравнению с 1995 г. на 130%. Заболеваемость сифилисом среди

подростков за пять лет выросла в 20 (!) раз. Среди детей со школьной дизадаптацией у 93–95% выявляются те или иные психические нарушения. Среди детей-бродяг, количество которых нарастает лавинообразно, психически здоровыми могут быть признаны не более 6%, а нуждаемость в различных видах психотерапевтической помощи у сирот, долгое время живущих в детских домах, достигает 100%.

Как социальные и биологические факторы отражаются на психическом здоровье детей? Уже в возрасте от 0 до 3 лет 9,6% детей имеют явную психическую патологию; среди дошкольников лишь у 45% отсутствуют признаки болезненных отклонений в психике; распространенность среди школьников нервно-психических расстройств достигает уже 70–80%. Таким образом, в течение школьного обучения ежегодный прирост доли детей с нарушенным психическим здоровьем составляет 8–12%. Только 14% подростков школьного возраста могут быть признаны полностью здоровыми психически. Среди социально дизадаптированных подростков психическая патология достигает 95%. Из попадающих в учебно-воспитательные учреждения для девиантных детей 80% требуют срочной психокоррекционной помощи. И только 10% всех нуждающихся в психиатрической помощи детей получают ее в государственной системе охраны психического здоровья!

Помимо того, число детей, нуждающихся в психотерапевтической помощи, увеличивается за счет больных с тяжелыми и хроническими заболеваниями, ограничивающими свободу передвижения, затрудняющими контакты и социальную активность.

Перечисленные факты свидетельствуют о необходимости организовать систему комплексной помощи, способствующую взаимопониманию и продуктивному взаимодействию представителей различных специальностей, участвующих в психосоциальной реабилитации «проблемных» детей.

Государственные институты, призванные защищать права детей, осуществлять профилактику социальной дизадаптации несовершеннолетних, их реабилитацию в случаях выраженных искажений поведения, обучения, душевного здоровья и развития не в состоянии решить указанную задачу. Среди основных причин тут можно назвать *ведомственную разобщенность, слабость межведомственного и междисциплинарного взаимодействия, отсутствие системной органи-*

зации структур, основной целью которых является социально-психологическая профилактическая и коррекционно-реабилитационная работа.

Существует противоестественный разрыв между учреждениями, работающими с «нормальными» детьми, и различными структурами, осуществляющими коррекцию отклонений в развитии и поведении (это специальные школы, интернаты, ПТУ, лечебные и инвалидные заведения, приюты, колонии и т. п.). Если первые «поставляют» контингенты дизадаптированных детей и подростков, не делая ничего, чтобы уменьшить этот все нарастающий поток, то вторые все более и более расширяются, чтобы поглотить несовершеннолетних, выпавших из естественного бытия, не будучи ни организационно, ни методически обеспеченными для полноценной реабилитации несовершеннолетних, адекватного возвращения их в естественную среду. *Попытки создать какую-то профилактическую систему (к примеру, школьную психологическую службу) оказываются малорезультативными опять-таки в силу организационно-методической несостоятельности внутриведомственного решения проблемы, которая требует вовлечения всех заинтересованных ведомств и общественности, создания структур, объединяющих и координирующих их усилия.*

Трудно представить, сколь огромны контингенты детей и подростков, лишенных возможности получить необходимую помощь и лишь пополняющих ряды неуспевающих школьников, детей, не способных реализовать свои природные интеллектуальные и творческие задатки, отсталых в развитии, бомжей, наркоманов, малолетних преступников, самоубийц.

Существующая система психиатрической помощи детям до сих пор практически полностью ориентирована на диагностику и лечение наиболее тяжелых, манифестных, форм психической патологии. Детская психологическая коррекционная служба делает первые шаги, испытывая громадный кадровый, организационный и научно-методический дефицит. Одновременно возникает множество коррекционных и реабилитационных учреждений, центров, деятельность которых никак не скоординирована и не способна не только исправить, но даже стабилизировать угрожающую ситуацию. Важнейшие причины этого — узковедомственная направленность и ведомственная разобщенность государственных учреждений, отсутствие в них по этой причине необходимых условий для комплексного, мультидисциплинарного подхода к решению поставленных задач, проявления

межведомственной и межпрофессиональной разобщенности в разрабатываемых и принимаемых федеральных законах, отсутствие адекватной профессиональной и социальной защищенности работников различных специальностей в «чужом» ведомстве, крайне слабое взаимодействие государственных учреждений с негосударственными организациями и общественными объединениями, решающими сходные проблемы.

Как и всякое социальное явление, школьная дизадаптация (ШД) представляет из себя мультифакторный процесс, причем в каждом отдельном случае тот или иной фактор (патологический, личностный, онтогенетический, средовой, возрастной кризовый, педагогический и др.) играет базисную причинную роль, в то время как другие оказываются либо пусковыми, либо акцессорными. При этом все они тесно переплетены, взаимозависимы и на разных стадиях дизадаптационного процесса могут меняться ролями и степенью значимости. Таким образом, при организации реадаптационных мероприятий достаточно очевидны, с одной стороны, необходимость тесного взаимодействия специалистов различного профиля и, с другой, проблемы их динамического взаимовлияния, взаимоподчиненности и взаимодополняемости, а также выработки рациональной тактики приоритетности того или иного специалиста на разных этапах работы с каждым учащимся.

Необходимо остановиться на определении понятий дизадаптации вообще и, в частности, ШД, поскольку от того смысла, который нами вкладывается в это словосочетание, зависит и наш принципиальный подход к задаче оказания помощи дизадаптированным детям и, соответственно, к задаче адекватной организации этой помощи. Оказалось достаточно неожиданным, что решение проблемы ШД потребовало, в первую очередь, семантического исследования самого понятия. Действительно, на протяжении многих лет в отечественной литературе эксплуатируется термин «дезадаптация» (через «е»), которого не удастся обнаружить ни в одном из доступных словарей. В то же время в западной литературе встречается в сходном контексте термин «дизадаптация» (через «и»), и разъяснение этого понятия обнаружилось в некоторых отечественных словарях, в частности в Энциклопедическом словаре медицинских терминов. Есть ли смысловая разница в этих разночтениях, а если она есть, то в чем состоит? Выяснилось, что разница есть и состоит она в том, что латинская

приставка de- и французская des- означают прежде всего исчезновение, уничтожение, полное отсутствие и лишь во вторую очередь, со значительно более редким употреблением, — понижение, уменьшение. В то же время латинское dis- в главном своем смысле содержит нарушение, искажение, деформацию и значительно реже — исчезновение. Следовательно, если мы говорим о нарушении, искажении адаптации (а именно этому посвящен наш семинар и именно этот смысл заложен в представленных на нем докладах), то нам, очевидно, следует говорить именно о дизадаптации (через «и»). Полная утрата, исчезновение адаптации — это в применении к мыслящему существу должно означать прекращение осмысленного существования вообще, поскольку, пока это существо живо и в сознании, оно так или иначе адаптировано к среде; весь вопрос в том, как и насколько эта адаптация соответствует его возможностям и тем требованиям, которые предъявляет ему окружающая среда.

Конечно, чрезвычайно интересен вопрос об истинных, скрытых, глубинных особенностях общественного сознания, или, как теперь красиво выражаются, «ментальности», которые предопределяют подобные некритично принимаемые общественностью семантические «оговорки»: почему, подразумевая нарушение, мы говорим об уничтожении? Оставим на усмотрение каждого автора употребление того или иного термина и перейдем к формулированию понятия «дизадаптация».

Под собственно дизадаптацией индивида мы понимаем его функционирование, не адекватное его психофизиологическим возможностям и потребностям и/или условиям среды, и/или требованиям микросоциального окружения.

В данном определении есть некоторая сознательная смысловая тавтология, поскольку требования микросоциального окружения тоже являются частью условий среды, в данном случае социальной. Однако мы сочли возможным дополнительно подчеркнуть значимость этого фактора как особенно существенного именно для социального существа — человека. С точки зрения профессиональных интересов специалистов, работающих с детьми, предъявляемые окружением ребенку требования важны особенно.

Под социальной дизадаптацией нами понимается нарушенное взаимодействие индивидуума со средой, которое характеризуется невозможностью осуществления им в конкретных микросоциальных условиях

своей позитивной социальной роли, соответствующей его возможностям и запросам.

Явление ШД как предмет изучения, как специфический вариант социальной дизадаптации, требующий особых методических социо-реабилитационных подходов, нуждается в собственной дефиниции, поскольку охватывает определенную, достаточно четко очерченную социальную группу — как в возрастном, так и в специфически профессиональном аспекте. Дизадаптация (нарушение приспособления, в данном случае социального приспособления) предполагает по меньшей мере три стороны процесса: 1) субъект, адаптация которого нарушена, 2) среда, с которой оказывается невозможным или затрудненным, искаженным взаимодействие субъекта, и 3) нарушенные условия адекватного (не вызывающего противодействия ни субъекта, ни среды) их взаимодействия.

Таким образом, *школьная дизадаптация — это невозможность школьного обучения соответственно природным способностям и адекватного взаимодействия ребенка с окружением в условиях, предъявляемых данному конкретному ребенку той индивидуальной микросоциальной средой, в которой он существует.*

Действительно, причины такого рода дизадаптации могут происходить и из особенностей субъекта (его невозможности в силу личностных в самом широком смысле причин реализовать свои природные способности и/или адекватно взаимодействовать со средой), и из особенностей микросоциального окружения, и из тех требований, которые предъявляет среда к учащемуся. Из указанных трех компонентов субъект (ребенок-ученик), как сторона этого процесса, в основных своих проявлениях остается принципиально неизменным на протяжении многих тысячелетий при всей своей индивидуальной нормальной и патологической вариабельности. Казалось бы, социум давным-давно должен был выработать модус адекватного взаимодействия с любым ребенком. Тем не менее, существующая система школьного обучения, условия, предлагаемые ребенку школой и семьей, приводят детскую личность к дизадаптации именно вследствие их либо объективной невозможности, либо нежелания, либо неспособности учитывать данную вариабельность детской индивидуальности.

В таких условиях *защита личности ребенка становится первостепенной задачей психологической службы школы.* Говоря о защите

личности школьника, следует в первую очередь иметь в виду не амортизацию тех или иных неправомерных воздействий на ребенка со стороны педагога (хотя и это немаловажно), а создание системы профилактики учебной и личностной дизадаптации, прежде всего путем формирования индивидуализированной психолого-педагогической среды для проблемного ученика. Именно такая задача должна определять структуру, методическую установку и результативность данной службы. Представляется достаточно очевидным, что в ее современном виде — и в организационном плане, и в плане методического обеспечения — школьная психологическая служба, представленная одним психологом на почти тысячу детей и подростков, психологом, полностью подчиненным школьной администрации и служебно, и финансово, психологом, не имеющим организационных связей с системами здравоохранения, социальной защиты и другими, — эта служба в лучшем случае способна выполнять заказ просвещенного администратора, будучи полностью зависима от уровня его просвещенности.

Следовательно, профилактика и коррекция ШД возможна лишь при кардинальном пересмотре всей системы защиты личности ребенка в школе. Такая постановка вопроса представляется тем более правомерной, что современная отечественная школа в силу ряда известных социально-экономических причин не заинтересована в сохранении в своих стенах учеников, требующих особого индивидуализированного подхода в обучении, и активно от них избавляется. Это потребовало от Министерства образования даже принятия специальных нормативных актов, препятствующих такого рода процессу. С введением в школьные штаты социального педагога и заместителя директора по социальной педагогике возникают как дополнительные возможности для защиты личности учащихся, так и вновь проблемы междисциплинарного взаимодействия в системе педагог — психолог — социальный педагог — администратор. Представляется очевидным, что пока эти проблемы не будут решены в организационно-методическом плане, деятельность отдельных специалистов будет оставаться бессистемной и малопродуктивной.

Как показывает многолетний опыт работы с коррекционно-реабилитационными учреждениями, проблема взаимопонимания и адекватной совместной деятельности администрации, педагогов, психологов, психиатров, психотерапевтов, дефектологов, социальных

работников, педиатров в процессе диагностической и коррекционной работы с дизадаптированными школьниками представляет собой крайне важную, но концептуально и практически во многом не решенную задачу. В частности, неясна проблема индивидуальной профессиональной ответственности за результаты такой работы. Не разработаны и не апробированы обоснованные принципы структурного построения подобной службы, методического руководства и профессионального контроля разнопрофильных специалистов, в связи с чем продуктивность их деятельности практически полностью зависит лишь от их профессиональных и личностных качеств.

Несомненно, психолог — это центральное лицо в профилактике и коррекции ШД. Тем не менее, многолетнее сотрудничество с психологами в клинике, в процессе массовых обследований детского населения, в том числе в школе, при индивидуальной диагностике состояния детей и подростков, а также при проведении коррекционных и реабилитационных мероприятий в случаях ШД убеждает в том, что изолированная деятельность психологов, даже весьма опытных, не говоря уже о тех, кто не получил подготовку по медицинской психологии, а ограничен психологическим образованием в рамках педагогической системы, — такая деятельность во многих случаях по объективным причинам оказывается малоэффективной или дает лишь кратковременный эффект.

Объективная сторона данного явления состоит в том, что психологи не могут в достаточном объеме владеть представлениями о патологических психических процессах, нередко лежащих в основе ШД, и уж совсем не владеют специфическими лечебно-реабилитационными возможностями клинической психиатрии. В то же время мягкая, стертая, пограничная, субклиническая психическая патология, не проявляющая себя явным «сумасшествием», грубыми нарушениями поведения, общения, мышления и восприятия, с трудом диагностируемая даже опытным психиатром, неизбежно проходит мимо внимания психолога. Этому есть по меньшей мере две причины.

Во-первых, психолог в силу своего образования и особенностей профессионального мышления естественным образом ищет истоки дизадаптации ребенка в структуре его личности (в широком понимании слова) и в тех микросоциальных условиях, которые могут быть причиной патологического реагирования личности, ее декомпенсации.

Во-вторых, наиболее распространенные в детско-подростковой популяции психические нарушения, как уже сказано выше, в подавляющем большинстве случаев носят стертый, субклинический или «маскированный» характер и по хорошо известным в психиатрии закономерностям создают благоприятную почву для патологических реакций, декомпенсаций, которые в глазах психолога, педагога, родителя выглядят «естественными», психологически понятными, логически объяснимыми (мы называем это *ловушкой очевидности*).

Но, помимо указанных объективных факторов, существуют и разнообразные субъективные, нередко играющие главную роль в качестве препятствий для адекватного обследования ребенка и оказания ему необходимой помощи. Главным из таких субъективных факторов является сформировавшееся в общественном сознании на протяжении последних десятилетий неприятие психиатрической помощи, избегание ее и, более того, активное ей противодействие. Это и неудивительно, поскольку в нашем обществе в условиях тоталитарного государства правящая верхушка отводила психиатрии роль карательной службы, а для населения психиатрический учет был неизбежно связан с целым рядом ограничений, многие из которых не столько охраняли общество от психически больного (что делается во всем мире), сколько сохраняли покой психиатрической службы и правоохранительных органов. Как следствие, в современном общественном сознании россиян психиатрия причиняет непоправимый вред, несет «социальный позор» для пациента, психиатрическое лечение превращает больного в «робота», «манкурта», лишает его главного человеческого достоинства — личностной индивидуальности, свободы воли, а психотропные препараты наносят необратимый вред не только психике, но и всему организму человека. Естественно, все эти опасения возводятся в особо высокую степень, когда речь идет о ребенке, подростке. «Свободные» средства массовой информации создали в последние годы невообразимый ажиотаж вокруг психиатрии, превратив врачей-психиатров в сознании многих граждан, особенно не обремененных высоким образованием и глубокой культурой, в извергов, заинтересованных в причинении вреда больным.

Не вступая в дискуссию по этому вопросу, следует признать, что противодействие психиатрической помощи присуще в силу всего сказанного и многим психологам, и врачам общей практики, которые направляют пациентов к психиатру лишь в ситуациях неизбеж-

ности, когда социальная дизадаптация достигает высоких степеней и проблемы коррекции, реабилитации становятся трудноразрешимыми. В результате помощь нередко запаздывает, что приводит, в первую очередь, к непрерывному нарастанию в обществе агрессии психически больных, направленной как на себя — вплоть до самоубийства, так и на окружающих — это сексуальные и прочие преступления против личности.

Немаловажным субъективным фактором является собственное психическое здоровье лиц, окружающих дизадаптированного ребенка. Современной психиатрии и клинической генетике хорошо известно, что многие психические нарушения имеют в определенной степени наследственную природу, которая проявляет себя, в основном создавая предрасположенность ребенка к патологическому реагированию, к личностным искажениям, к мягким психическим расстройствам. Естественно, родители такого ребенка в той или иной мере весьма часто имеют психические нарушения различной глубины, которые активно вытесняются ими из собственного сознания и вызывают личностную оппозицию к психиатрическому обследованию как потомства, так и самого родителя, поскольку страх признания психического нарушения у ребенка тесно связан со страхом проникновения в собственное сознание родителя представления о своем психическом нездоровье.

Такого рода страх имеет глубочайшие онтогенетические корни, поскольку каждому человеческому существу в норме присущи два главных, «базисных» страха: страх физической гибели (смерти) и страх социальной гибели (утраты места личности в окружающем социуме, что для социального существа, человека, не менее страшно, чем физическая гибель). Таким образом, страх перед психиатром, который может обнаружить психическое нарушение и тем самым создать угрозу потери социального лица, присущ в большей или меньшей мере каждому человеку в любом обществе. Однако в различных общественных условиях, на разных уровнях цивилизации и просвещенности эти страхи могут быть более компенсированы или более декомпенсированы. К несчастью, наше российское общество в настоящее время находится в таком состоянии, когда страх превратился в доминирующую эмоцию в общественном сознании. Все это неизбежно соответствующим образом сказывается на отношении

родителей, психологов, педагогов к психиатрическому обследованию детей.

Негативное значение такой оппозиции ясно уже из того, что по крайней мере у 95% детей в коррекционно-реабилитационных учреждениях имеется психическая патология пограничного уровня; почти постоянно возникает нужда в срочной психиатрической диагностике и коррекции в отношении кого-то из учеников в связи с поведенческими нарушениями, депрессивными расстройствами и суицидальными тенденциями, субпсихотическими обострениями, токсикоманическими эпизодами. Тем самым опасения относительно «психиатризации» социальных явлений вообще и ШД в частности представляются по крайней мере преждевременными. Наоборот, каждодневный опыт демонстрирует активное сопротивление психиатрической помощи или пассивное ее неприятие населением. (С сожалением приходится констатировать, что действующий политизированный закон об оказании психиатрической помощи населению лишь поддерживает эти тенденции, «защищая» больного от врача и освобождая врача от ответственности перед больным и обществом.)

Таким образом, перед коррекционной медико-психологической службой возникает важнейшая задача: адаптирование микросоциального окружения школьника к психиатрическому обследованию, что требует соответствующих методических разработок, значительного времени и специальной профессиональной подготовки. Наш личный опыт показывает, что при проведении интенсивной адаптационной работы такого рода (одновременно с непосредственной эффективной лечебно-реабилитационной деятельностью) преодоление негативизма со стороны взрослого окружения школьника в отношении психиатрического обследования и помощи наступает лишь спустя 2–3 года. Но и после этого остается определенная часть взрослых, сохраняющих подобный негативизм.

Наконец, и собственное негативное отношение детей и особенно подростков к контакту с психиатром создает затруднения в психиатрическом обследовании и оказании лечебно-реабилитационной помощи. Помимо всего перечисленного выше, в той или иной мере присущего и детскому сознанию как в силу внутренних личностных причин, так и в силу восприятия внушения со стороны взрослого окружения и средств массовой информации, важную роль играют, с одной стороны, недостаточность или отсутствие критики к собствен-

ным психическим нарушениям, что свойственно многим формам психической патологии, а с другой — страх «ярлыка» психически больного, боязнь остракизма со стороны сверстников, педагогов. Последнее, к сожалению, встречается и не только в связи с психиатрической помощью, но даже как следствие психологических скринингов, когда педагог обнаруживает ставшие ему известными результаты (к примеру, итоги исследования уровня интеллекта у обучающихся в его классе школьников), трактуя их в оскорбительном плане для некоторых детей.

Таким образом, психолого-психиатрическое обследование школьников подразумевает в качестве необходимых методических условий адаптацию и детей, и окружающих их взрослых к медико-психологической службе с целью преодоления негативизма и оппозиции к психиатру и психологу (эти специальности в сознании населения нередко совмещены), строжайшее соблюдение профессиональной этики специалистами, работающими в школе. При этом один из главных принципов должен состоять в следующем: никто, кроме психологов и психиатров, не должен иметь доступа к результатам психолого-психиатрического обследования; это обследование может производиться только при информированном согласии родителей и самого обследуемого. Родители могут быть ознакомлены с результатами обследования, но лишь в форме, не травмирующей их психику. Особенно нежелательно сообщение диагноза состояния ребенка. Во-первых, практически никто из родителей не сможет вынести собственное адекватное суждение по поводу услышанного диагноза. Во-вторых, в современной психиатрической нозографии само обозначение диагноза во многих случаях практически ничего не говорит о реальном вреде для психики данного патологического состояния и еще меньше говорит о его прогнозе. В-третьих, в детском, да и подростковом возрасте, особенно когда речь идет о мягких, субклинических патологических процессах, собственно нозологическая диагностика (обозначение болезни в соответствии с действующей международной классификацией) крайне затруднена даже для высококвалифицированного специалиста; нередко она просто невозможна. Для реальной лечебно-реабилитационной помощи важно выявить во всех деталях структуру патологического состояния и степень его воздействия на социальную адаптацию школьника в данный момент и в перспективе, а затем разработать на основании этих и многих

других сведений адекватную коррекционно-реабилитационную тактику.

Педагогам и администрации школы какие бы то ни было диагностические результаты обследования не должны сообщаться ни в коем случае, поскольку, не связанные жесткими рамками профессиональной этики и знаниями деонтологии, они могут либо неосознанно, либо преследуя вполне эгоистические цели нанести психике школьника и его родителей трудновосполнимый ущерб. Сведениями, получаемыми педагогами и администрацией, должны быть только описательная характеристика особенностей развития и индивидуальности ребенка, а также рекомендации по оказанию ему помощи, по индивидуальной организации его учебного процесса, по учету особенностей личностного с ним взаимодействия, по созданию определенного психологического климата в семье и классе. Естественно, такого же рода рекомендации должны превалировать в разъяснительной работе с ближайшими родственниками ребенка.

Коротко следует сказать еще об одном объективном факторе, создающем зону конфликта между администрацией образовательного учреждения и педагогами, с одной стороны, и психолого-психиатрической службой, с другой. Фактор этот состоит в принципиально разном подходе к учащимся, что диктуется различными профессиональными задачами: у первых подход более или менее унификационный (единообразно всех обучить, воспитать, дисциплинировать) и одновременно сепарационный (отделить тех, кто выходит за предлагаемые рамки учебно-воспитательного процесса); у вторых — сугубо индивидуализированный (защитить, протектировать личность каждого ребенка) и интегративный (сохранить каждого ребенка в естественной для него микросоциальной среде).

Прежде чем перейти к некоторым технологическим вопросам междисциплинарного взаимодействия в реадaptационном процессе, следует настоятельно подчеркнуть, что все излагаемое здесь относится к характеристике факторов, влияющих на ШД, и ни в коем случае не преследует даже завуалированной цели дискредитировать специалистов того или иного профиля. Нет смысла доказывать, что подавляющее большинство специалистов, работающих со школьниками, — профессионалы, преданные своему делу и детям. Речь же идет о необходимости создания условий, в которых их профессионализм и преданность могли бы проявить себя в полной мере. И в этом смысле

следует принять простую парадигму, которой и руководствоваться в дальнейшем: *нет главенствующего фактора в происхождении ШД — нет соответственно и специалиста, всегда и в первую очередь ответственного за ее происхождение или устранение; лишь принятие равнозначности роли и ответственности различных специалистов с одновременным акцентированием роли и ответственности того или иного из них в каждом индивидуальном случае ШД и на каждом ее этапе может сделать продуктивной работу по ее профилактике и коррекции.* Бесспорно, что ведомственный принцип организации коррекционно-реабилитационных служб и учреждений вопиющим образом противоречит мультифакторной природе ШД.

Что касается организации взаимодействия специалистов различного профиля в процессе преодоления ШД, то она строится исходя из этапов этого процесса: 1) предварительная диагностика; 2) первичная и углубленная диагностика; 3) комплексная коррекция и реабилитация; 4) завершающий, собственно риадаптационный, этап.

На первом этапе, исходя из всего сказанного выше, ведущая роль принадлежит совместному обследованию школьника психиатром и психологом, которые при необходимости привлекают других специалистов — дефектолога, нарколога, электрофизиолога и т. д. Задача первого этапа, на котором решается вопрос о возможности приема ребенка в данную конкретную риадаптационную систему (учреждение, группу, класс и т. д.) исходя из принятых в этой системе критериев включения и отсева, состоит также в выработке первоначальных, предварительных рекомендаций для участников предстоящего риадаптационного процесса. Нами разработана и внедрена *специальная компактная форма регистрации результатов предварительной диагностики и рекомендаций, представляемая на медико-психолого-педагогическую комиссию.*

На втором этапе, проходящем одновременно с началом коррекционного процесса, проводятся скрининговые и индивидуальные углубленные обследования различными специалистами по показаниям, вырабатываются индивидуальные планы комплексной реабилитации. На этом этапе именно для педагогов специалистами медико-психологической службы заполняется также разработанная нами специальная форма — *развернутая медико-психологическая характеристика-рекомендация*, смысл которой ясен из названия. Важнейшая задача данного этапа — назначение каждому школьнику *куратора*,

т. е. того специалиста, в помощи которого в первую очередь этот школьник нуждается, который обязан помимо своей специфической работы организовывать участие других необходимых специалистов в реабилитационной работе и который в первую очередь ответствен за результат реабилитационного процесса. При достаточной длительности данного процесса и изменениях в состоянии ребенка куратор, естественно, может меняться.

Что касается собственно реабилитационного этапа, отметим лишь один момент, на котором не акцентируется достаточно внимания: проведение на этапе реабилитации специальной перспективной собственно социореабилитационной работы с детьми и подростками. Важно учитывать, что, попадая в сферу рееадаптационной службы, ребенок обретает своеобразную нишу, в которой, как правило, чувствует себя более комфортно и выход из которой в естественную среду следует специальным образом готовить, чтобы не спровоцировать нового срыва адаптации. Этот вопрос еще предстоит подробно разрабатывать. Очевидно, речь должна идти о тренингах социальных навыков, навыков общения, навыков разрешения конфликтов, профориентационной работе и т. д.

Наконец, четвертый, собственно рееадаптационный, этап — этап возвращения ребенка, подростка из специальных условий коррекционного процесса в естественную среду со всеми ее проблемами и угрозами для маленького человека, представляется на сегодняшний день наименее разработанным или вообще неразработанным. Здесь решающая роль должна принадлежать социальному педагогу.

Для облегчения и фиксации взаимодействия всех участников рееадаптационного процесса нами разработана *комплексная индивидуальная карта учащегося*, включающая в себя, помимо паспортной части, следующие компоненты:

- результаты предварительной медико-психологической и педагогической диагностик;
- социально-психологический анамнез;
- медико-психологическую характеристику-рекомендацию;
- разработанные по специальным общедоступным формам заключения дефектолога, педиатра, социального работника, педагога;
- формы динамического наблюдения и коррекции с этапными заключениями специалистов;

— заключения медико-психолого-педагогических консилиумов (основная форма взаимодействия);

— заключения специалистов по результатам реабилитационной работы.

Разумеется, ведение данной карты ни в коем случае не подменяет и не отменяет специфической профессиональной документации каждого специалиста.

И последнее — об организационной структуре комплексной реабилитационной службы. Для выполнения ею своих функций и полноценной реализации каждым из специалистов своих профессиональных возможностей эта структура должна строиться по принципу *административного единства на основе профессионального разделения*, который, к сожалению, не удастся реализовать в силу отсутствия должной нормативной базы для создания подобных комплексных мультидисциплинарных структур. Отсутствие такой базы, в том числе адекватной регламентации деятельности, к примеру, медицинских специалистов в рамках немедицинских ведомств, создает крайне неблагоприятные условия для их плодотворного взаимодействия. Более того, оно порождает постоянную угрозу нарушения взаимодействия и угрозу профессиональных и межличностных конфликтов, что неизбежно снижает эффективность коррекционной работы и в конечном итоге вредит тем детям, готовность помочь которым порой столь упорно декларируется.

Северный Анатолий Алексеевич — психиатр, канд. мед. наук, зам. директора Института педагогики социальной работы РАО (129278, Москва, ул. Павла Корчагина, д. 7а), вед. науч. сотрудник Центра психического здоровья РАМН, президент Независимой ассоциации детских психиатров и психологов; эл. почта: iacpp@glasnet.ru

Неслышащие дети в мире слышащих

Леонгард Э. И.

Сформулирована цель усилий взрослых, работающих с неслышащими и слабослышащими детьми в рамках разработанного автором подхода. Отмечены факторы, определяющие успешность интеграции таких детей в общество. Перечислены основные позиции их родителей в отношении желаемого результата абилитации и интеграции. Кратко описана последовательность расширения пространства взаимодействий, контактов и речевого общения на разных этапах развития детей — инвалидов по слуху. Подчеркнута необходимость подготовки для интеграционных учреждений общего типа воспитателей и учителей, которые хотят и умеют работать с неслышащими и слабослышащими детьми.

Целью усилий взрослых, работающих с неслышащими и слабослышащими детьми, является воспитание самостоятельного человека, открытого к окружающим, доброжелательного, имеющего активную жизненную позицию, образованного и направленного на самообразование. Эта цель может быть достигнута при условии, что педагогический процесс осуществляется одновременно в двух направлениях — абилитационном (реабилитационном) и интегративном.

Характер интеграции (будет ли она частичной или полной) ребенка в общество определяется многими факторами, главным из которых является не столько уровень его слухо-речевого развития, сколько личностные качества самого ребенка.

Интеграция детей с нарушениями слуха в среду слышащих начинается в раннем или дошкольном возрасте, и ее успешность в школе, а затем и в самостоятельной жизни зависит и от того, как складывается жизнь ребенка в семье с момента обнаружения у него дефекта слуха, и от того, каковы жизненные ценности родителей.

В настоящее время отчетливо обозначились три основные позиции родителей неслышащих детей в отношении конечного результата их абилитации и интеграции.

Для сторонников **первой позиции** приоритетным является высокий образовательный уровень детей, достижению которого в жертву приносятся и здоровье ребенка (физическое и психическое), и его социальный статус. С раннего возраста эти неслышащие дети занимаются по много часов с учителями и родителями, которые, не учитывая специфики дошкольного возраста, пользуются школьными методами обучения. С четырех-пяти лет рабочий день таких детей увеличивается за счет дневного сна. Впоследствии эти дети попадают в массовую образовательную школу, и их рабочий день длится не менее 10 часов (часть — уроки в школе, часть — занятия дома). В результате дети лишаются возможности установить прочные дружеские отношения с одноклассниками, так как для этого у них остаются только перемены: сразу после уроков они спешат домой «продолжать образование» — до позднего вечера готовить уроки вместе с мамой. Эти дети не гуляют — поэтому у них нет товарищей и по месту жительства. Как правило, они одиноки, замкнуты, не любят самостоятельно общаться с незнакомыми людьми, так как испытывают чувство неуверенности в себе. Они закомплексованы на своем «недостатке» и зависимы от своих близких — преимущественно от матери, которая стремится всегда быть рядом с ребенком и помогать ему понимать других людей.

Полярно противоположные приоритеты у приверженцев **второй позиции**. Эти родители стремятся во что бы то ни стало поместить своих детей в массовую общеобразовательную школу. Мотивы этого желания различны: с одной стороны, престиж, с другой — надежда на то, что именно массовая школа может подготовить неслышащего ребенка к жизни в обществе. Представителей этой позиции не останавливает низкий образовательный уровень их детей при поступлении в массовую школу. Не имея необходимого языкового фундамента, эти дети как бы «скользят по поверхности» школьной программы, их приходится «натаскивать», чтобы они выполняли учебные задания хотя бы формально. В то же время они действительно хорошо адаптированы к разновозрастной среде слышащих и в школе, и за ее пределами; они не нуждаются в помощи родственников при общении с людьми.

Представители **третьей позиции** равно заинтересованы и в высоком образовательном уровне своих детей, и в их интеграции в мир слышащих. Результативность усилий родителей этой категории обеспечива-

ется созданием ими нормальных условий жизни детей. Родители заботятся о сохранении их физического и психического здоровья: делают их жизнь, включающую и занятия, интересной и разнообразной, не лишают их детства, исключают авторитарность в отношениях с ними. Не менее важен для родителей и будущий социальный статус их детей, поэтому с самого начала абилитации родители организуют многообразные контакты детей со слышащими и дома, и на улице, и в других общественных местах.

Таким образом, посещение неслышащими и слабослышащими детьми детских садов и школ общего типа само по себе не является фактом интеграции детей-инвалидов по слуху в среду слышащих. Интеграция — это свободное, без комплексов, естественное состояние и поведение детей, знающих о своих трудностях; это инициативность в общении с детьми и взрослыми; умение самостоятельно решать свои проблемы; уважительное отношение к другим; готовность прийти на помощь и принять ее. Поэтому, если неслышащие дети, посещая учреждения общего типа, не участвуют активно в жизни своих групп и классов (ощущая себя самодостаточными), то они находятся не вместе со слышащими детьми, а рядом с ними, что интеграцией в полном смысле слова не является.

Вся работа по абилитации и интеграции детей с самого начала должна осуществляться с помощью специалистов и под их руководством. Предметом особой заботы специалистов призвана стать помощь родителям в организации процесса, позволяющего включить в социум каждого ребенка. Нами определена последовательность, в которой расширяется пространство взаимодействий, контактов и речевого общения неслышащих (слабослышащих) и слышащих детей и взрослых на разных этапах развития детей — инвалидов по слуху. В соответствии с этой последовательностью освоение пространства контактов происходит постепенно и начинается в родном доме, куда приходят родственники и знакомые со своими детьми; приглашаются дети, живущие в том же или соседнем доме, вместе с которыми неслышащий ребенок гуляет во дворе. Организуются совместные игры неслышащего ребенка и слышащих детей, праздники. Дом неслышащего ребенка должен стать для слышащих детей открытым, интересным и желанным местом общения.

Пространство общения расширяется за счет посещения ребенком родственников и друзей; здесь, как и у себя дома, ребенка окружают

любовь и понимание. Далее родители вводят малыша в незнакомый мир: двор, соседний сквер или парк, улица; магазины, аптеки, киоски; театр, кинотеатр, цирк; бассейн, какая-либо секция или кружок; библиотека и т. д. Совместные прогулки и посещения общественных мест с кем-либо из членов семьи со временем сменяются самостоятельными действиями неслышащего ребенка, его самостоятельным общением с незнакомыми людьми.

Таким образом, к моменту поступления ребенка в массовую школу (если он к ней готов) родители помогают ему создать достаточно широкий круг знакомств. Некоторые из его приятелей могут оказаться в одном с ним классе. Но даже если этого не случается, первый трудный период адаптации к новому детскому сообществу уже смягчен тем, что у ребенка есть надежный «тыл» — знакомые ребята (или даже друзья) по месту жительства.

Работа родителей под руководством специалиста по расширению пространства общения неслышащих детей продолжается и в период их школьного обучения. Дети должны посещать какие-либо кружки, секции или другие школы — художественные, музыкальные и др. Мир неслышащего ребенка не должен быть ограничен рамками класса, ему необходимы все новые и новые знакомые по интересам — чтобы не появилось состояние «классозависимости». Это состояние может отрицательно сказаться на психическом самочувствии ребенка, особенно девочки, в период обычного деления класса на «парочки», когда неслышащий ребенок на какое-то время оказывается невостребованным, остается в одиночестве и начинает переживать свою исключительность и отделенность от общества сверстников. Такие случаи встречаются крайне редко, но они есть, и их появление нужно предупреждать. Если неслышащие дети не ограничены только внутриклассными контактами, но имеют иные пространства взаимодействия с другими детьми, то период естественных возрастных переживаний проходит для неслышащего ребенка совершенно безболезненно.

Реализация описываемого подхода интеграции детей с нарушением слуха в общество слышащих дает положительный эффект, но только тогда, когда родители становятся единомышленниками специалиста-педагога. Последнее слово в выборе пути всегда остается за родителями.

Решение проблемы интеграции теснейшим образом связано с кадровым обеспечением. Обучение неслышащих детей в массовой школе зависит от отношения учителя к этим детям. Есть учителя и воспитатели детских садов, которые принципиально не хотят учить «глухонемых» детей, хотя эти «глухонемые» являются хорошо говорящими. Поэтому перед органами образования встает специальная задача: разработать долгосрочную программу подготовки кадров воспитателей и учителей для интеграционных учреждений общего типа.

Леонгард Эмилия Ивановна — канд. пед. наук, президент Центра по обучению и социокультурной реабилитации глухих и слабослышащих детей, вед. науч. сотрудник Центра «Дошкольное детство» им. А. В. Запорожца (117036, Москва, ул. Профсоюзная, д. 5/9)

Трудности школьной адаптации детей с аутизмом

Никольская О. С.

Отмечены трудности адаптации к школьной жизни детей с аутизмом и сходными нарушениями психического и социального развития. Указывается на преимущества обучения таких детей в школе по сравнению с индивидуальным домашним обучением. Обсужден вопрос о целесообразности организации специальных классов для обучения подобных детей. Обозначена роль психолога и педагога в обеспечении индивидуальной поддержки аутичного ребенка в условиях его совместного обучения с другими детьми.

Аутизм и сходные с ним нарушения психического и социального развития встречаются достаточно часто, они могут быть не связаны напрямую с интеллектуальными возможностями, и ребенок с подобными особенностями может появиться в любой школе. По сравнению с другими такие дети представляют особую проблему для учителя тем, что плохо входят в режим занятий, требуют индивидуального подхода, постоянного побуждения и поддержки; тем, что не умеют общаться с другими детьми на перемене, и т. д. Невозможность самостоятельно адаптироваться к неожиданным изменениям в режиме школьной жизни часто ставит аутичного ребенка под угрозу эмоционального срыва.

Выход из этих трудностей традиционно видится педагогами в определении такого ребенка на индивидуальное домашнее обучение по программе, соответствующей его интеллектуальным возможностям. При этом предполагается, что привычные условия родного дома позволят ему максимально использовать свою способность учиться.

Опыт, однако, показывает, что индивидуальное домашнее обучение не подходит такому ребенку прежде всего потому, что не способствует его социальному развитию. Для него важно не столько накопление знаний и освоение навыков, сколько приобретение возможности взаимодействовать с другими людьми, способность использовать свои знания и умения в реальной жизни. Обучение же в

условиях дома лишь создает почву для вторичной аутизации такого ребенка.

Как правило, к школьному возрасту подобный ребенок уже минует этап выработки наиболее жестких аутичных установок, самых серьезных аффективных проблем и начинает интересоваться другими детьми, желает стать таким, как они: хочет быть учеником, идти в школу. Это желание может угаснуть, если его вовремя не поддержать. Оставшись в изоляции, такой ребенок потеряет шанс получить опыт совместной жизни с другими людьми.

Школа нужна аутичному ребенку, может быть, больше, чем любому другому, но она и более трудна для него, чем для других детей. Вместе с тем, вопрос о целесообразности организации специальных классов для таких детей трудно решить однозначно. Очень многое говорит о том, что при обучении аутичных детей действительно требуется нестандартный подход. Учителю необходимо учитывать их особый темп работы, трудности организации внимания. Им нужно соответствующее устройство школьной жизни с тщательно продуманным функциональным пространством класса, рабочего места, устойчивым порядком занятий. Само учебное здание должно быть структурировано для них так, чтобы дать им дополнительную опору в организации учебного поведения.

По-особому должно строиться и речевое взаимодействие: ребенок может длительное время теряться при восприятии инструкции, и его собственные возможности развернуто изложить усвоенный материал могут длительное время оставаться ограниченными. Возможно также возникновение отдельных локальных проблем с освоением навыков письма или счета. Само содержание обучения в случае аутичного ребенка должно отличаться от обычного. Такой ребенок может прийти в школу, обладая отвлеченными знаниями по астрономии или греческой мифологии, но не знать самого простого — того, чему не приходится специально учить других детей: осмыслению событий обыденной жизни, пониманию своих близких, своего места среди других людей.

Реализовать такой специальный подход легче всего, конечно, в условиях специального класса для детей с аутизмом. Однако ограничиться этим невозможно. Понятно, что при объединении детей с одинаковыми трудностями коммуникации, эмоционального и социального развития возникают новые проблемы. Дети попадают в обед-

ненную среду, они не могут видеть образцов естественного поведения одноклассников, их реакций на происходящее. Кроме того; слишком хорошо организованная учебная ситуация не дает навыков жизни в обычном, меняющемся мире. К сожалению, трудно рассчитывать, что социализация произойдет сама собой: известно, что такие дети затрудняются в переносе уже освоенных жизненных навыков в новые обстоятельства. Можно сказать, что замыкание в этих удобных ребенку условиях, как и в случае ограничения условиями дома, может в определенной степени работать на его аутизацию.

Видимо, правильный подход должен быть комбинированным. Специальные классы необходимы для детей с наиболее выраженными формами аутизма, наиболее тяжелыми трудностями организации учебного процесса. Вместе с тем, при малейшей возможности ребенок должен переходить к более естественным формам школьной жизни, к более разнообразным контактам с детьми, близкими ему по общему уровню развития, но не испытывающими столь серьезных трудностей в коммуникации. Однако каждый такой шаг должен обеспечиваться индивидуальной поддержкой психолога и педагога.

Основные направления подобной поддержки могут быть обозначены как помощь в осмыслении новой ситуации, в выстраивании новой линии поведения, во взятии на себя новой социальной роли, в отработке необходимых способов коммуникации и учебных навыков. Суть здесь в том, что эта помощь должна оказываться ребенку не для овладения знаниями и навыками впрок, а для создания инструментов, необходимых ему для общения и обучения именно сейчас, в данной ситуации. В этом случае материал будет не только пассивно усваиваться ребенком, но и использоваться им для решения реальных жизненных задач.

*Никольская Ольга Сергеевна — канд. психол. наук, ст. науч. сотрудник, зав. сектором Института коррекционной педагогики РАО (119121, Москва, ул. Погодинская, д. 8, корп. 1);
эл. почта: nikos@glasnet.ru*

О специфике нейропсихологической диагностики детей

Цыганок А. А., Ковязина М. С.

Дано определение нейропсихологической диагностики, приведены ее основные принципы, вытекающие из теории А. Р. Лурии. Указаны особенности нейропсихологической диагностики детей. Подчеркнуто значение такой диагностики с точки зрения последующей коррекции и составления прогноза дальнейшего развития ребенка. Перечислены варианты онтогенеза ребенка, выделенные при помощи нейропсихологического анализа, опирающегося на представления о морфо- и функциогенезе.

Нейропсихологическая диагностика — это исследование психических процессов (восприятия, внимания, памяти, речи, мышления, движений и пр.) с помощью набора специальных проб, имеющее своей целью качественную и количественную квалификацию нарушений (состояния) высших психических функций (ВПФ) и устанавливающее связь выявленных дефектов (особенностей) с патологией (состоянием) определенных отделов мозга или же с индивидуальными особенностями морфо-функционального состояния мозга в целом.

Квалификация нарушений (состояний) осуществляется с помощью нейропсихологического анализа, разработанного А. Р. Лурией — основоположником отечественной нейропсихологии. Нейропсихологический анализ опирается на представления о системной и динамической локализации (связи с мозговыми структурами) ВПФ [1].

Количественная квалификация определяет степень выраженности имеющихся нарушений или изменений. Качественная квалификация заключается в исследовании нейропсихологических синдромов — закономерных сочетаний нарушений или изменений психических функций при поражениях или особенностях развития различных мозговых зон.

Из теории А. Р. Лурии вытекают основные принципы нейропсихологической диагностики [2].

Первый принцип. Патология какой-либо зоны мозга приводит не к распаду психической функции, а к выпадению ее конкретного звена, обеспечиваемого работой поврежденного отдела мозга. Все остальные звенья остаются сохранными.

Второй принцип. Одно и то же звено может входить в структуру нескольких психических функций. Это значит, что в ходе диагностики мы увидим набор нарушенных ВПФ, имеющих общее нарушенное звено. Степень дефицитарности каждой психической функции будет определяться ролью пострадавшего звена в целостной системе конкретного психического процесса. Например, нарушение или несформированность кинестетических процессов отразится не только на состоянии мелкой моторики, но и на состоянии речи (произношении, грамматическом строе), а также письма, чтения, счета и т. д.

Третий принцип. При патологии мозга происходит перестройка сохранившихся отделов мозга, благодаря которой возможен новый способ выполнения нарушенных ВПФ. По-новому выстроенный процесс может давать сбои, проявляющиеся в трудностях протекания психического процесса в сенситизированных условиях; в диссоциации между произвольным и непроизвольным уровнями выполнения, между сохранным выполнением в одной модальности и нарушенным в другой, и т. д.

Четвертый принцип. В соответствии с моделью А. Р. Лурии, согласно которой мозг подразделяется на три основных структурно-функциональных блока, нейропсихологическая диагностика дает информацию об уровнях: 1) регуляции активности мозга, т. е. состоянии энергетического обеспечения психической деятельности; 2) операциональных возможностей каждой из анализаторных систем (приема, переработки и хранения информации); 3) произвольной регуляции психической деятельности (процессов программирования и контроля за протеканием психических функций).

Специальные диагностические пробы являются комплексными, т. е., будучи направленными преимущественно на определенную психическую функцию, они взаимоуточняют и проверяют результаты друг друга. Эти пробы не выявляют актуального уровня знаний и умений, но их результаты характеризуют основные звенья, «рабочее» состояние ВПФ.

Нейропсихологическая диагностика детей должна учитывать не столько особенности самого эксперимента и методического материала, сколько возрастные особенности, этапы развития ребенка, все основные типы нормального и аномального развития. Л. С. Выготский предостерегал от ошибочного сведения психологического диагноза к медицинскому или к эмпирическому описанию картины внешних проявлений неблагополучия у ребенка [3, 4]. По Выготскому, недостаточно выявить симптоматику. Важно квалифицировать выявленные симптомы, соотнести их с текущим этапом развития ребенка, установить причинно-следственные связи с источником и условиями возникновения трудностей, а также исследовать зону ближайшего развития.

Таким образом, работа психолога с детьми должна учитывать особенности их онтогенеза.

Для возрастного психолога главным в онтогенезе является формирование новых видов и типов деятельности, обеспечивающих освоение ребенком общественного опыта, для патопсихолога — соотношение эмоционально-личностной сферы с познавательными процессами. Нейропсихологи пытаются изучить закономерности онтогенеза мозговой организации ВПФ. Морфогенез (созревание мозга) характеризуется как стабильными стадиями, так и периодами интенсивных анатомических перестроек. Морфогенез — это базис, предпосылка для функциогенеза (развития и становления функций мозга), связанного с решением задач, которые ставит перед ребенком среда. В свою очередь решение таких задач (востребованность функции или навыка извне) в определенные возрастные периоды влияет на развитие самого органа (мозга) и расширяет его возможности. Известны случаи изоляции детей раннего возраста. При этом у них не развивается речевой слух или определенный вид зрительного восприятия, т. е. те процессы, которые не востребованы. Или же дети с рано выявленными способностями в какой-то области (рисование и пр.) иногда развиваются только в этом направлении и значительно отстают в других — например, движении.

Итак, нейропсихологическая диагностика детей — это раскрытие соотношения между созревающими мозговыми структурами и развивающимися на их основе психическими функциями.

Наиболее прогностически ценным в детской нейропсихологической диагностике, в отличие от взрослой, является качественный

анализ не отдельных психических процессов, а базисных, «сквозных», механизмов ВПФ, без которых невозможно развитие как отдельных ВПФ, так и их взаимосвязей. Вклад основных базисных механизмов (имеющих определенную мозговую отнесенность) в протекание одних и тех же психических процессов в разные возрастные периоды меняется. А значит, «...перестраивается функциональная активность всех мозговых зон, обеспечивающих целостную психическую деятельность» ребенка [5]. Поэтому в детской нейропсихологической диагностике не столь принципиальна качественная или количественная квалификация конкретного феномена или синдрома при определенном медицинском диагнозе (например, эпилепсии, синдроме Дауна и др.). Важнее оказывается характеристика резервов положительной компенсации ребенка, так как любое нарушение, отклонение в онтогенезе приводит не только к накоплению патологических знаков, но и к активизации механизмов компенсации.

Изложенное понимание особенностей нейропсихологической диагностики детей продуктивно прежде всего для последующей коррекции и составления прогноза дальнейшего развития ребенка.

Исходя из представлений о морфо- и функциогенезе, нейропсихологическая диагностика позволяет выделить следующие варианты онтогенеза ребенка [5, 6]:

- 1) типичный онтогенез детей-правшей;
- 2) несформированность (незрелость) отдельных параметров психической деятельности, а именно:
 - а) отставание анатомического развития определенных отделов мозга;
 - б) при нормальном морфогенезе не достигается нужный уровень функционирования, так как нет востребованности извне, нет запроса из окружающей среды;
 - в) при нормальном морфогенезе не проработаны необходимые связи между различными структурами, уровнями мозга;
- 3) атипичный онтогенез, характерный, например, для детей с фактором левшества (в подобных случаях морфо- и функциогенез обладают специфическими чертами);
- 4) аномальный онтогенез, связанный с патологией мозга.

В последнее время особое место в нейропсихологической диагностике отводится второму и третьему вариантам онтогенеза, так как именно с ними связаны проблемы неуспевающих в школе детей:

во-первых, способы подачи знаний рассчитаны на типичного ребенка — правшу; во-вторых, обучение в школе меняет привычный образ жизни, мобилизует всю психическую активность ребенка. Слабые, недостаточно сформированные и закреплённые составляющие психических процессов или же вообще формирующиеся по своим специфическим законам (атипичный онтогенез) психические функции дают сбой в таких непривычных для недавнего дошкольника условиях.

Все сказанное выше позволяет рассматривать нейропсихологическую диагностику как полезный и эффективный инструмент в коррекционно-развивающей работе с детьми.

Литература

1. *Лурия А. Р.* Основы нейропсихологии. — М.: Изд-во МГУ, 1973. — 374 с.
2. *Корсакова Н. К., Московичюте Л. И.* Клиническая нейропсихология. — М.: МГУ, 1988. — 89 с. — (Педагогика, психология).
3. *Выготский Л. С.* Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства // Собр. соч.: В 6 т. — М.: Педагогика, 1984. — Т. 5. — С. 257–321.
4. *Выготский Л. С.* Проблема возраста // Собр. соч.: В 6 т. — М.: Педагогика, 1983. — Т. 4. — С. 244–268.
5. *Корсакова Н. К., Микадзе Ю. В., Балашова Е. Ю.* Неуспевающие дети: нейропсихологическая диагностика трудностей в обучении младших школьников. — М.: РПА, 1997. — 124 с.
6. *Семенович А. В., Архипов Б. А.* Нейропсихологический подход к проблеме отклоняющегося развития // Таврический журнал психиатрии. — 1997. — Т. 1, № 2. — С. 90–98.

Цыганок Антонина Андреевна — нейропсихолог, канд. психол. наук, ст. науч. сотрудник лаборатории нейропсихологии факультета психологии МГУ, председатель Экспертного совета Центра лечебной педагогики (117311, Москва, ул. Строителей, д. 17-б); эл. почта: ccp@glasnet.ru

Ковязина Мария Станиславовна — канд. психол. наук, науч. сотрудник кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ, нейропсихолог Центра лечебной педагогики (117311, Москва, ул. Строителей, д. 17-б); эл. почта: cnt02@glasnet.ru

*Особый ребенок: исследования и опыт помощи
1998. — Вып. 1. — С. 117–119*

К вопросу о коррекции письма у детей

Гордон Е. Б.

Навык письма имеет большую социальную значимость. В нашей культуре обучение невозможно при несформированном письме. Все мы знаем, что с начальных классов школы и вплоть до вступительных экзаменов в вуз способность грамотно писать имеет очень большое значение. При этом речь идет не о сформированности/несформированности функции, а о достаточно высоком уровне владения навыком.

Как правило, трудности обучения отмечаются уже в начальной школе, когда закладываются все базовые навыки, в том числе навык письма. Соответственно картина трудностей обучения часто включает в себя нарушения письма. Можно с уверенностью сказать, что разработка адекватного подхода к выявлению трудностей при письме, к их коррекции и профилактике является очень актуальной.

Для наших целей удобно рассматривать письмо как психический процесс. В отечественной психологии общепринятой является теория Л. С. Выготского о высших психических функциях (ВПФ). Согласно этой теории, ВПФ социальны по природе, прижизненны по формированию, опосредованны по строению и произвольны по способу регуляции. Письмо, как сложный вид речевой деятельности, является высшей психической функцией. Любая высшая психическая функция обеспечивается интегративной деятельностью всего мозга. Изучением связи мозгового субстрата и психики занимается нейропсихология.

Какие же компоненты включает в себя письмо как функциональная система? Чтобы ответить на этот вопрос, рассмотрим реальный

процесс письма, не выстраивая иерархии компонентов. Моделью может служить письмо под диктовку.

Во-первых, человек должен услышать обращенную к нему речь. Понятно, что кроме сохранного слуха, тут требуется особый речевой слух, позволяющий различать отдельные фонемы и соединять их в слова, т. е. осуществлять фонетико-фонематический анализ и синтез, запоминать услышанное. Следующим этапом является перевод воспринятых звуков в их графические обозначения — фонем в графемы. (Заметим, что формирование представления о графеме невозможно без правильной пространственной ориентации отдельных составляющих ее элементов.)

После этого необходимо осуществить двигательный акт для того, чтобы написать эту графему. Данный акт разворачивается во времени; для сличения выполняемого действия с заданной программой и осуществления необходимой коррекции он требует определенной последовательности движений и постоянной обратной связи.

Следует учесть, что сохранность пространственной сферы играет существенную роль в акте письма, так как написанное слово — это некая жесткая последовательность элементов (букв), имеющая начало и конец. Помимо того, нельзя забывать о такой составляющей любой деятельности, как произвольная регуляция. Для реализации любой высшей психической функции, в том числе и письма, необходима адекватная мотивация, представление о средствах достижения целей, регуляция и контроль [1, 2].

По мнению А. Р. Лурии, перечисленные компоненты не исчерпывают всего перечня психических процессов, участвующих в акте письма. Можно было бы отдельно оговаривать зрительную и слухоречевую память, без которых невозможно формирование представления о графемах и фонемах и удержание необходимой для записи информации.

Рассматривая трудности письма у детей, мы опираемся на данные, полученные у взрослых больных с речевыми нарушениями, возникшими в результате локальных поражений мозга [3]. В подобных случаях слабость любого звена письменной речи отрицательно сказывается на окончательном становлении и функционировании процесса письма в целом. Коррекция же предполагает возврат к базисным (порой неврологическим) компонентам функции. Так, при коррекции письма у детей чаще всего бесполезно начинать работу с серий-

ной организации, не сформировав у ребенка тонический компонент, глазодвигательные функции, зрительно-моторные координации и, как следствие, пространственную сферу. Формированием тонического и глазодвигательного компонентов занимаются не только нейропсихолог, но и невропатолог. Именно поэтому, на наш взгляд, наиболее адекватен и эффективен комплексный подход к ребенку, используемый в нашем Центре лечебной педагогики, когда с ребенком параллельно работают несколько специалистов, взаимодополняя друг друга. Многие дети, занимаясь с нейропсихологом, наблюдаются у невропатолога, получают массаж, занимаются развитием движений. При этом используются упражнения для глаз, языка, рук, ног, улучшающие их взаимодействие в статике и динамике.

Часто подобных занятий ребенку оказывается достаточно для запуска психофизиологических механизмов, способствующих развитию письма. Проведенные занятия являются и толчком к снятию отрицательных установок: чувство, что овладение навыком значительно облегчилось, приводит к включению его в различные виды деятельности, тем самым еще больше закрепляя и совершенствуя звено, подвергшееся коррекции. В результате возникает положительная мотивация и ход обучения приобретает естественный характер.

Литература

1. *Лурия А. Р.* Основы нейропсихологии. — М.: Изд-во МГУ, 1973. — 374 с.
2. *Цветкова Л. С.* Нейропсихологическая реабилитация больных. — М: Изд-во МГУ, 1985. — 327 с.
3. *Лурия А. Р.* Высшие корковые функции человека. — М: Изд-во МГУ, 1969. — 503 с.

*Гордон Екатерина Борисовна — дефектолог Центра лечебной педагогики (117311, Москва, ул. Строителей, д. 17-б);
эл. почта: cnf02@glasnet.ru*

Коррекция осознания пространства и времени у подростков со школьной дезадаптацией средствами интеллектуальных и творческих игр

Жарков Г. В.

Опыт работы с дезадаптированными подростками в школе показал, что, с одной стороны, сама пространственно-временная организация школьной среды является для них мощным фактором, порождающим неадекватные защитные реакции, а с другой стороны, собственные представления о пространстве и времени у таких подростков искажены до степени, препятствующей их нормальному взаимодействию с обществом. Это происходит, на наш взгляд, потому, что по тем или иным причинам дезадаптированные подростки «задержались» в игровой деятельности как ведущей, требующей от них определенной системы организации пространства и времени.

Основными чертами пространственно-временных представлений дезадаптированных подростков являются:

- а) отсутствие структурной организации этих представлений, пространственный и временной хаос, жесткий контроль за участниками совместной деятельности, а не за деятельностью в целом;
- б) полное отсутствие внимания к содержанию деятельности;
- в) «индивидуализация» времени и пространства, неумение соотносить собственные представления с представлениями других.

Средством коррекции данных дезадаптирующих особенностей мы избрали интеллектуальные (по типу «Что? Где? Когда?») и творческие (на основе театрального тренинга) игры, поскольку, сохраняя игровую форму, они требуют от подростка:

— точного структурирования своего времени и пространства (например, заставляя его действовать в строго ограниченном времени);

— соотнесения собственной пространственно-временной картины с общепринятой;

— контроля поведения и целенаправленных действий.

В то же время эти игры позволяют подросткам свободно и болезненно моделировать свое пространство и время, экспериментировать с ним.

Наш опыт работы показал, что наилучшей организационной формой является внешкольный клуб, в котором условно-нормативные и дезадаптированные подростки работают в смешанных группах. В этих условиях собственно диагностические или коррекционные процедуры естественно вплетаются в общую деятельность, а повышение адаптированности к школе (проявляющееся как рост успеваемости, социальной успешности и т. п.) оказывается косвенным результатом.

Продолжительность занятий в клубе — два часа. Каждая группа занимается три раза в неделю по следующему распорядку:

— день интеллектуальных игр;

— день творчества;

— день свободного общения (в это же время обычно проводятся индивидуальные консультации и диагностические процедуры).

Важнейшая особенность подготовки учащихся в нашем колледже состоит в том, что они, в отличие от распространенной практики, получают и культурологическую (в области театра, народной культуры, хореографии), и психологическую подготовку. На наш взгляд, это позволяет им уйти от «голового» психологического тренинга и от работы по наитию, свойственной большинству педагогов в области искусства и дополнительного образования. Полученная таким образом подготовка помогает также лучше понимать и теоретически обосновывать свое воздействие на дезадаптированных детей и подростков.

Жарков Георгий Вадимович — педагог-психолог Владимирского областного колледжа культуры и искусства (600022, Владимир, ул. Василисина, д. 22)

Опыт совместной работы разнопрофильных специалистов в целях психолого-медико-педагогической диагностики и коррекции

Колкова С. М.

Последнее время вопросы социализации и реабилитации детей привлекают все большее внимание специалистов различных профилей. К сожалению, работа специалистов в медицинских и образовательных учреждениях часто отличается некоторой односторонностью восприятия ребенка и воздействия на него. Напротив, учреждения социальной защиты объединяют под своей крышей и врачей, и психологов, и педагогов. Это позволяет организовать их профессиональное сотрудничество, что значительно повышает возможности социализации и реабилитации ребенка. Подобная попытка организации сотрудничества различных специалистов осуществляется в настоящее время в нашем отделении реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями Центра социальной помощи семье и детям Управления социальной защиты населения Советского района г. Красноярск.

Нашему отделению пошел второй год, но работающая сейчас команда специалистов сложилась только в сентябре 1997 г. Сейчас в отделении работают невропатолог, мануальный терапевт, психотерапевт, психолог, логопед-дефектолог, социальный педагог, инструктор ЛФК, массажист, музыкальный работник, социальные работники.

Попадая в отделение, ребенок проходит осмотр невропатолога и, в зависимости от выявленных проблем, направляется на первичные приемы к специалистам. Затем собирается консилиум специалистов, на котором проходит обсуждение хода совместной работы, возмож-

ностей реабилитации. При необходимости ребенок направляется в учреждения здравоохранения, образования, соцзащиты, с которыми поддерживает связь наш Центр. В ходе работы возможны консилиумы и совместные осмотры ребенка специалистами нашего Центра, специалистами из образовательных и медицинских учреждений (при участии родителей). По результатам реабилитации проводится заключительный консилиум, на котором оформляются планы дальнейшей работы с ребенком, даются домашние задания. Результаты работы специалистов можно проследить на конкретных примерах.

Наташа, 6 лет, инвалид детства. Родственники обратились с проблемой: энурез. После обследования невропатолога ребенок был направлен к мануальному терапевту, психологу и психотерапевту. Девочка росла у бабушки. После того как ее забрала в город мать, девочка стала непослушной; тогда же начался энурез. Мануальный терапевт, устраняя имеющиеся нарушения позвоночника, способствовал нормализации физического состояния ребенка. Поскольку в данном случае возникновение энуреза было обусловлено психологическими причинами (смена обстановки, новизна отношений с мамой и др.), то и мама, и девочка были направлены на индивидуальные занятия у психолога и психотерапевта.

Миша, 8 лет. Посттравматическая деформация головки плечевой кости. Левая рука практически не поднималась. Был направлен к мануальному терапевту для частичного восстановления иннервации данного сустава и, следовательно, его функции. Объем движений немного увеличился. Закрепить результат работы мануального терапевта и увеличить амплитуду движений удалось на занятиях инструктора ЛФК и сеансах массажа.

Александра, 11 лет, инвалид детства. Родители обратились с проблемой неуспеваемости во вспомогательной школе (из-за неуспеваемости девочку из школы отчислили). После обследования невропатолога ребенок направлен к мануальному терапевту, социальному педагогу, психологу, логопеду-дефектологу и на массаж. В результате у девочки улучшилась концентрация внимания, повысилась работоспособность. Работа с ребенком подтвердила, что девочка обучается по программе вспомогательной школы.

Мы работаем не только с ребенком, но и с родителями, и с семьей в целом. Существует индивидуальное консультирование родителей, семейная психотерапия. Еще у нас действует «Школа для родителей». Темы занятий школы определяются родителями, посещающими наше отделение.

Вышеописанные примеры результатов сотрудничества специалистов различных профилей и направлений работы в нашем отделении подтверждают эффективность комплексного подхода к ребенку,

важность осуществляемой нами психолого-медико-педагогической диагностики и коррекции.

***Колкова Светлана Михайловна** — практический психолог, руководитель отделения реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями Центра социальной помощи семье и детям Управления социальной защиты населения Советского района г. Красноярска (660112, Красноярск, ул. Воронова, д. 33)*

Содержание

<i>Дименштейн Р. П., Ковязина М. С.</i> Обращение к читателю	3
<i>Цыганок А. А.</i> Предисловие редактора выпуска	5

Исследования и методология

<i>Иовчук Н. М.</i> Роль психических нарушений в возникновении школьной дизадаптации детей и подростков	10
<i>Ениколопов С. Н.</i> Агрессивное поведение у детей	18
<i>Величко М. А., Ковязина М. С.</i> Особенности психических процессов у детей с врожденной патологией мозолистого тела (обзор литературы)	27

Практический опыт

<i>Битова А. Л.</i> Применение нейропсихологического подхода в дефектологической практике	35
<i>Моргун Н. Л.</i> Почему и как мы создали скаут-клуб	42
<i>Кейер Е. А.</i> Работа с глиной как метод лечебно-педагогической коррекции	47
<i>Виноградова А. Л.</i> Анализ конкретных случаев нейропсихологической коррекции нарушений высших психических функций у детей дошкольного возраста	55
<i>Борисовская О. Б.</i> Из опыта работы семейного психолога	63
<i>Пронина Н. Н.</i> Психологическая поддержка семьи, воспитывающей ребенка с проблемами развития	68
<i>Матвеева О. А., Львова Е. А.</i> Связь психолого-педагогического сопровождения с успешностью обучения в школе	72

<i>Меланченко Е. А.</i> Опыт работы невропатолога в группе специалистов смежных специальностей	83
--	----

Предложения, рекомендации, методики

<i>Северный А. А.</i> Проблема междисциплинарного взаимодействия в коррекции школьной дизадаптации.	87
<i>Леонгард Э. И.</i> Неслышащие дети в мире слышащих	104
<i>Никольская О. С.</i> Трудности школьной адаптации детей с аутизмом	109
<i>Цыганок А. А., Ковязина М. С.</i> О специфике нейропсихологической диагностики детей	112

Короткие сообщения

<i>Гордон Е. Б.</i> К вопросу о коррекции письма у детей	117
<i>Жарков Г. В.</i> Коррекция осознания пространства и времени у подростков со школьной дезадаптацией средствами интеллектуальных и творческих игр	120
<i>Колкова С. М.</i> Опыт совместной работы разнопрофильных специалистов в целях психолого-медико-педагогической диагностики и коррекции.	122

Минимальные системные требования определяются соответствующими требованиями программы Adobe Reader версии не ниже 11-й для операционных систем Windows, Mac OS, Android, iOS, Windows Phone и BlackBerry; экран 10"

Учебное электронное издание

ОСОБЫЙ РЕБЕНОК
Исследования и опыт помощи
Выпуск 1

Редактирование и верстка *А. Г. Яковлев*
Художник-редактор *Д. Д. Комиссаров*
Корректор *Ю. Г. Яникова*
Компьютерная поддержка *М. И. Хаткевич*

Подписано к использованию 01.03.2016
Формат 16×24 см.

Гарнитуры Ньютон, Футурис

Издательство «Теревинф»
Для переписки: 119002, Москва, а/я 9
Тел./факс: (495) 585 05 87
Эл. почта: zakaz@terevinf.ru
Сайт: www.terevinf.ru
Страница: facebook.com/terevinf
Интернет-магазин: shop.terevinf.ru