

**МКФ** (Международная классификация функционирования) – основа «общего взгляда» на ребенка. Категории и понятия МКФ одинаковым образом применимы и к ребенку с нарушениями, и ко всем окружающим его людям. Описание ребенка в рамках МКФ понятно для родителей и специалистов самых разных специальностей, а, кроме этого, хорошо соотносится с их собственным опытом... полностью – с. 7–27

**Сенсорная интеграция** – это теория взаимосвязи мозг–поведение. Предполагается, что если наш мозг эффективен в обработке сенсорных входящих сигналов, то, соответственно, будет эффективен и поведенческий выход... полностью – с. 28–40

**Инклюзия** возможна не всегда, и Саламанкская декларация делает оговорку: «Для тех, для кого это возможно». А интеграция, как мы знаем по опыту, возможна всегда... полностью – с. 141–152

**Во время приступа** бронхиальной астмы многие настоятельно рекомендуют применять только холодные обливания, купание в проруби и т.д. Мой врачебный опыт подсказывает другое, а именно – индивидуальный подход к ребенку. И если вы почувствуете, что вашему ребенку что-то помогает, но делать приходится не совсем так, как я говорила, – доверьтесь собственной интуиции... полностью – с. 172–180

**Занятия музыкой** с особыми детьми – это настолько эмоциональный вид работы, что в него легко и с удовольствием включаются очень многие дети; в такой форме они готовы выполнять даже те действия, на которые не способны на других занятиях... полностью – с. 206–221

а также... содержание – с. 3–4

РБОО «Центр лечебной педагогики»

# Особый ребенок

исследования и опыт помощи

Научно-практический сборник

Выпуск 6–7

*Электронное издание*

Москва  
«Теревинф»  
2016

УДК 376.1-058.264(082.1)

ББК 74.3я43

О-75

Составитель М. С. Шапиро

О-75 **Особый ребенок. Исследования и опыт помощи. Вып. 6–7**  
[Электронный ресурс] : науч.-практ. сб. / Сост. М. С. Шапиро. – Эл. изд. –  
Электрон. текстовые дан. (1 файл pdf : 257 с.). – М. : Теревинф, 2016. – Систем.  
требования: Adobe Reader XI ; экран 10".

ISBN 978-5-4212-0359-9

В сборнике рассматриваются различные аспекты сопровождения ребенка с нарушениями развития и его семьи (музыкальная и игровая терапия, сенсорное развитие, переход от игровых занятий к обучающим, развитие саморегуляции, организация сопровождаемого проживания и др.).

В основу издания легли материалы конференции «Помощь детям с тяжелыми и множественными нарушениями в России: опыт и перспективы», организованной Центром лечебной педагогики (Москва).

УДК 376.1-058.264(082.1)

ББК 74.3я43

**Деривативное электронное издание на основе печатного издания:** Особый ребенок. Исследования и опыт помощи. Вып. 6–7 : науч.-практ. сб. / Сост. М.С. Шапиро. – М. : Теревинф, 2009. – 256 с. – ISBN 978-5-901599-96-9

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**

ISBN 978-5-4212-0359-9

© РБОО «Центр лечебной педагогики», 2009

© «Теревинф», оформление, 2015

# Содержание

## 5 исследования и методология

*Е.В. Клочкова*

Использование Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в практике реабилитационной помощи ..... 7

*Ю.Е. Садовская*

Сенсорные расстройства у детей, систематизация и диагностика ..... 28

*Ю.Е. Садовская, А.Л. Битова, Е.Н. Сафронова,*

*И.С. Константинова, Е.В. Моржина, М.А. Яремчук*

Поведенческие фенотипы у детей с туберозным склерозом... 41

*Д.В. Ермолаев, Е.И. Рассказова, Т.М. Ратынская*

Развитие саморегуляции в детском возрасте ..... 57

## 97 практический опыт

*А.Л. Битова, И.С. Константинова*

Опыт проведения музыкальной терапии для коррекции сенсомоторной алалии ..... 99

*Е.А. Виноградова, А.Г. Нестерова, А.М. Царёв*

Организация сопровождаемого проживания лиц с тяжелыми и множественными нарушениями развития в г. Пскове ..... 110

*А.Л. Битова, А.В. Рязанова*

О сотрудничестве с семьями ..... 129

## 139 предложения, рекомендации, методики

*Р.П. Дименштейн, И.В. Ларикова*

«Интеграция» или «инклюзия»? Споры о словах и нерешенные проблемы образования особых детей ..... 141

*Е.В. Моржина, И.Ю. Захарова*

Игровые стратегии в работе с детьми, имеющими различные, в т. ч. множественные, нарушения развития ... 153

**А.М. Тимофеева**  
Как снять приступ бронхиальной астмы у детей  
нелекарственными методами ..... 172

**Т.Б. Будильцева**  
Переход от игры к обучающим занятиям  
в работе с детьми с выраженными нарушениями  
развития познавательной сферы ..... 181

**Т.М. Головкина**  
Социальная абилитация  
детей с умеренной умственной отсталостью  
и сложными нарушениями  
через формирование речевой деятельности  
и освоение языка на уроках обучения грамоте ..... 198

**А.А. Цыганок, Битова А.Л., И.С. Константинова**  
Место музыкальной терапии в системе помощи  
ребенку с нарушениями развития ..... 206

## **223 переводы**

**Гельмут Требезиус**  
Помощь инвалидам в Берлине и Германии в целом  
(тезисы доклада) ..... 225

## **237 краткие сообщения**

**Н.А. Калиман, Е.К. Раимова, В.С. Малькова**  
История наблюдения и занятий  
с девочкой с синдромом Ретта ..... 239

**А.И. Чугунова**  
Направления работы с родителями  
в рамках службы ранней помощи:  
опыт работы ЦПМСС «Лекотека» ..... 242

**Т.А. Тимкина**  
Опыт работы модельной группы,  
организованной при «Центре развития ребенка –  
детском саду № 98» г. Сыктывкара ..... 247

Авторы сборника ..... 249

исследования  
и методология



# Использование Международной классификации функционального ограничений жизнедеятельности и здоровья в практике реабилитационной помощи

**Е.В. Клочкова**

Термин «дети с нарушениями развития» появился в нашей стране в начале 90-х годов прошлого века. Обычно так называют детей, которые в силу самых разных причин развиваются не так, как обычные дети, – это может быть отставание в двигательном развитии, нарушение социально-эмоционального развития, нарушение слуха, зрения, отставание в развитии коммуникации и самые разнообразные комбинации этих нарушений. Это чрезвычайно разнородная группа, и поэтому проблема классификации нарушений развития является чрезвычайно актуальной. Первая попытка создать номенклатуру и классификацию инвалидности у детей была предпринята J.L.Down. Автор в опубликованных в 1887 году лекциях предложил классификацию всех случаев «недоразвитости», которую он связывал с недостаточным питанием или болезнью, и «имбецильности», которая, по его мнению, характеризовалась постепенным снижением физических, интеллектуальных и моральных функций (R. J. Simeonsson и др., 2003). Классификация Down базировалась на двух принципах – этническом и этиологическом. В соответствии с этническим принципом прежде всего необходимо было соотнести ребенка с тем или иным расовым или этническим типом, то есть описать, как ребенок выглядит. А затем, в случае, если ребенок отличается по внешнему виду от членов своей семьи и его развитие нетипично, классифицировать это нарушение развития в соответствии с этиологическим принципом классификации. При этом автор выделял врожденные нарушения, нарушения, возникшие вследствие травматического, лекарственного или воспалительного поражения мозга, и нарушения развития, которые были связаны с неправильным воспитанием, неправильным уходом за ребенком и другими подобными причинами.



Хотя этнический принцип классификации просуществовал недолго, этиологический принцип рассмотрения и описания детской инвалидности использовался практически до 60-х годов прошлого века.

Изменение представлений о природе, особенностях и причинах нарушений развития у детей произошло под влиянием изменений фундаментальных представлений о закономерностях развития ребенка, функционировании центральной нервной системы, свое влияние оказало и появление новых направлений помощи таким детям. Все нарушения развития были подразделены на группы в зависимости от конкретных областей развития ребенка, в которых выявлялись нарушения. Так обычно выделяли детей с двигательными нарушениями, детей с сенсорными нарушениями (прежде всего, нарушения зрения и слуха), детей с нарушениями социально-эмоционального развития, детей с нарушением когнитивного развития и детей с множественными нарушениями. Однако, никаких четких критериев для того, чтобы отнести ребенка к той или иной группе, особенно если у такого ребенка имеются нарушения в нескольких областях, предложено не было.

В 1978 году К.В. Nelson и J. Ellinberg опубликовали работу (A.L. Scherzer, 2001), посвященную эпидемиологии церебрального паралича, в котором предложили использовать так называемый «треугольник развития» (схема 1) для понимания спектра возможных нарушений развития ребенка. Авторы рассматривают нарушения спектра церебрального паралича как континуум, простирающийся от «изолированного» церебрального паралича до трудностей в обучении. Соответственно в этот континуум попадают все варианты церебрального паралича с той или иной степенью трудностей в обучении. По другой стороне треугольника расположены спектры коммуникативных и поведенческих нарушений. Авторы включили в созданную систему только состояния, связанные со «статической энцефалопатией», при которой поражение мозга не прогрессирует с течением времени. При этом в «треугольник развития» не попали дети с прогрессирующими нарушениями (например, с генетическими синдромами), дети с нарушениями слуха и зрения, а также дети со множественными нарушениями. Вероятно, используя такой принцип, можно изобразить несколько подобных треугольников, меняя заголовки вокруг вершин, поскольку, например у ребенка с церебральным параличом, могут быть и нарушения коммуникации, и сенсорные нарушения.



*схема 1. Континуум статических энцефалопатий по К.В. Nelson и J. Ellinberg (1978) (цит. по A.L. Scherzer, 2001)*

В целом, все описанные выше подходы позволяют лишь отнести ребенка к той или иной группе и не могут полностью представить всю ситуацию, связанную с состоянием ребенка, включая, например, социальные последствия нарушений развития; не дают достаточно информации о функционировании ребенка; не позволяют оценить и соотнести действие разных факторов на развитие ситуации в будущем. Эти же проблемы возникают при использовании только «медицинского» диагноза ребенка.

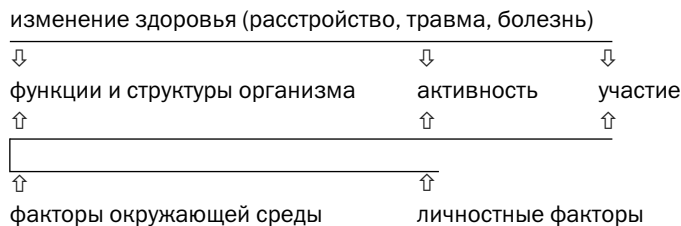
Новый подход впервые был предложен в 1980 году, когда Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) опубликовала для исследовательских целей Международную классификацию нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности. Испытания и международные консультации по поводу использования и пересмотра этой классификации продолжались более 10 лет, и в конце 2000 года руководство ВОЗ утвердило новую версию классификации – Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) (ВОЗ, 2001). В настоящее время МКФ вместе с Международной классификацией болезней (МКБ–10) составляет «семью» классификаций ВОЗ. Меж-

дународная классификация функционирования, ограничений и здоровья предлагает для профессионалов новый унифицированный язык и четко определенные рамки для описания показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем. При этом если МКБ-10 помогает кодировать информацию, связанную с болезнями, травмами и другими расстройствами здоровья, то МКФ позволяет говорить о влиянии нарушений структуры или функции организма, которые есть у индивида, на его активность, функционирование и участие в жизни общества.

В соответствии с МКФ, описание дается с точки зрения **организма**, т.е. структуры и функции организма человека, **активности** (жизнедеятельности) индивида и **участия** в жизни общества, т.е. того, как человек выполняет обычные задачи и действия и каким образом он вовлечен в социальные ситуации. При этом, если мы говорим о потере или отклонениях, которые касаются структуры или функции организма, следует использовать термин нарушения структуры или функции. Например, «ребенок с двигательными нарушениями» – у ребенка имеется нарушения двигательных функций. Хорошо знакомое нам название «дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата» представляется менее удачным, так как может быть истолковано очень широко и включать в одну и ту же группу детей с церебральным параличом, острыми травмами и даже детей с негрубыми нарушениями осанки. Термин «ограничение жизнедеятельности» относится ко всем ограничениям активности и ограничениям участия в жизни общества. Например, «у ребенка снижена (ограничена) способность себя обслуживать». Кроме этого, классификация содержит перечень факторов контекста, влияющих на жизнедеятельность человека, – это факторы окружающей среды и личностные факторы. Стоит напомнить, что эта классификация дает инструмент для описания нарушений и ограничений, связанных со здоровьем, поэтому не подходит для классификации ограничений, которые могут быть связаны, например, с расовой принадлежностью, полом, религией или другими причинами. В то же время существует заблуждение, что МКФ относится только к «инвалидам». На самом деле ее можно применять по отношению ко всем людям, если необходимо описать, как показатели здоровья влияют на жизнедеятельность человека. На схеме 2 показано, каким образом связаны структура и функции организма с активностью и участием в жизни общества, а также, как категории МКФ соотносятся с изменениями состояния здоровья, которые

должны классифицироваться по Международной классификации болезней (МКБ–10).

**схема 2. Современное понимание взаимодействия между составляющими МКФ**



В клинической практике «Изменения здоровья» должны описываться с помощью МКБ–10 – при описании нарушений (структуры и функции) МКФ и МКБ-10 пересекаются. На «Активность» человека и его «Участие» в жизни общества, безусловно, влияют факторы окружающей среды и личностные факторы.

Всемирная Организация Здравоохранения рекомендует использовать МКФ для статистики инвалидности как исследовательский инструмент и в ежедневной клинической практике для описания и анализа нарушений и ограничений жизнедеятельности пациентов. Адаптация и более активное использование МКФ в реабилитационной практике широко обсуждается специалистами за рубежом, а в последние годы и в нашей стране (Л.В. Антонова, Е.В. Клочкова, 2003, Клочкова Е.В., 2003). Это вызвано тем, что в настоящее время в стране меняются критерии экспертизы нарушений и ограничений жизнедеятельности инвалидов, требования к эффективности реабилитации и доказательности ее эффективности. В настоящее время разработка новых моделей абилитационной и реабилитационной помощи на основе МКФ и доказательство эффективности их использования является крайне актуальной. К сожалению, опыт применения классификации в нашей стране ограничен, а уровень осведомленности специалистов, работающих в области реабилитации/абилитации, относительно новых подходов к пониманию «инвалидности» и самой МКФ остается очень низким.

МКФ создавалась для использования в качестве концептуальных рамок для описания инвалидности и как инструмент для оценки

инвалидности (ВОЗ, 2001, 2002). Применительно к детям с нарушениями развития, по нашему мнению, также возможны эти два направления использования классификации.

### **Международная классификация функционирования как рамки для построения программы помощи ребенку**

Большинство специалистов, работающих в программах помощи детям и взрослым с различными видами нарушений, используют МКФ именно таким образом. В этом случае нарушения структуры и функции, ограничения жизнедеятельности и факторы контекста анализируются в процессе всех этапов оценки, планирования вмешательства, собственно вмешательства и оценки его эффективности. По мнению Hebbeler (2007), использование в раннем вмешательстве разработанного авторами алгоритма перевода результатов оценки ребенка и описания его проблем в конкретные коды по МКФ позволяет детально описать функционирования каждого ребенка. Иными словами, формат МКФ помогает организовать и зарегистрировать широкий круг информации о здоровье пациента и связанных со здоровьем показателей. (G. Stucki, 2002).

Описывая процесс любого взаимодействия пациента и профессионалов можно сказать, что пациент обращается за помощью из-за тех или иных нарушений активности, которые не позволяют ему выполнять все необходимые виды деятельности. Профессиональная оценка пациента строится как оценка нарушений, ограничений активности и участия, а также анализа факторов окружения и личностных факторов. Например, с точки зрения специалиста по физической реабилитации, это выглядит следующим образом (схема 3) (Е.В. Ключкова, 2003, 2007). В свою очередь вмешательство специалиста также может быть направлено на нарушения (например, на сниженную силу мышц), на активность (например, на перемещение из положения сидя в положение стоя) или на участие (возможность ребенка физически участвовать в жизни класса). Кроме этого, анализ в контексте МКФ позволяет проанализировать действие факторов, которые могут быть потенциально опасными для состояния пациента,

*схема 3. Физиотерапевтическая оценка ребенка с церебральным параличом*

<b>оценка нарушений (структура+функция)</b>	<b>оценка активности / жизнедеятельности</b>	<b>оценка участия в жизни общества</b>
<p>контроль за положением тела в пространстве – шкала поструральной компетентности (Chaily Scale, Routney T.E. с соавт., 1990); мышечный тонус – модифицированная шкала спастичности Ашфорта, оценка мышечного тонуса по J.M. Wilson Howie (1999); контроль за произвольными движениями; равновесие – описание реакций равновесия (нестандартизировано); тест функционального дотягивания; распределение веса тела в положении лежа, сидя и стоя (нестандартизировано); объем активных и пассивных движений; мышечная сила – Оксфордская шкала / MRS-шкала оценки мышечной силы; оценка боли – ранжированная шкала «Лица» для оценки боли Вонг-Банкера (Wong-Baker FACES Pain Rating Scale); балльная оценка риска развития вторичных осложнений (нестандартизировано)</p>	<p>оценка выполнения двигательных навыков – оценивается наличие двигательных навыков по перечню представленному в «Программе Каролина для младенцев и детей раннего возраста с особыми потребностями» (2005); шкала функциональной оценки крупной моторики (GMFM); тесты ходьбы с регистрацией времени и расстояния; оценка навыков мелкой моторики – тест с колпашками и девятью отверстиями и др.; оценка уровня физической активности (нестандартизирована); Канадская шкала выполнения деятельности (COPM, Law и др. 1994); оценка активности ребенка в повседневной жизни, игры и свободного времени (нестандартизирована).</p>	<p>взаимодействие со сверстниками, родителями и другими взрослыми в различных социальных ситуациях</p>
<p><b>способ получения информации</b></p> <p>стандартные методы оценки (например, тесты, шкалы и т.д.)</p> <p><b>наблюдение</b></p> <p>наблюдение специалистами;</p> <p>родительское наблюдение</p>	<p><b>интервью / анкетирование родителей</b></p> <p><b>наблюдение</b></p> <p>родительское наблюдение;</p> <p>наблюдение специалистами;</p> <p>наблюдение в стандартной ситуации</p>	<p><b>интервью / анкетирование родителей</b></p> <p><b>наблюдение</b></p>

например с точки зрения возникновения вторичных осложнений. Такое использование МКФ можно проиллюстрировать с помощью двух клинических случаев (см. ниже). При описании случаев полное описание нарушений и ограничений активности не приводится.

### **Случай 1**

*Мотя, мальчик 3-х лет, с церебральным параличом, достаточно успешно прогрессирует в двигательном развитии. Сейчас он может ходить на небольшие расстояния, толкая перед собой коляску.*

*Семья обратилась для консультации в Институт раннего вмешательства с вопросом, как можно ускорить освоение Мотей самостоятельной ходьбы. При наблюдении за ребенком специалист по физической реабилитации выявил выраженное переразгибание (рекурвация) коленных суставов и их нестабильность. При неизменном характере нагрузки на суставы такое нарушение чревато прогрессированием нестабильности сустава, а в дальнейшем, возможно, формированием подвывиха коленных суставов. Для обсуждения с родителями возможной тактики ведения мы использовали МКФ (схема 4). На схеме представлено описание основных особенностей случая, которое мы использовали для анализа сложившейся ситуации. Основное внимание уделялось тому, как выбранный Мотей способ передвижения (опора спереди на коляску) способствует прогрессированию переразгибания в коленных суставах. Выбирая модель ходунков и рекомендуя ортезы, ограничивающие рекурвацию, специалист по физической реабилитации стремился не только контролировать прогрессирование нестабильности суставов, но и не ограничивать способности ребенка передвигаться с помощью ходунков. Кроме этого, мы подбирали также ходунки, использование которых способствовало бы тренировке равновесия в положении стоя.*

*В результате ребенку были рекомендованы заднеопорные ходунки и использование ортезов для коленных суставов.*

### **Случай 2**

*Антоша, мальчик 4 лет со множественными нарушениями. Кроме тяжелых двигательных нарушений (тяжелый спастический тетрапарез) у него значительные нарушения зрения (частичная атрофия зрительных нервов и выраженные зрительные нарушения коркового характера), значительное отставание в когнитивном развитии, симптоматическая эпилепсия. У мальчика имеются выраженные*

#### схема 4. Клинический случай 1

**Мотя**, 3 года

церебральный паралич, атаксическая диплегия

уровень 2 по GMFCS

самостоятельно делает несколько шагов, в основном ходит, опираясь спереди на коляску



*нарушения функции эвакуации мокроты, нарушения ритма дыхания и снижение объема дыхания. В связи с этим у Антоши частые респираторные инфекции, в течение дня мама от 3 до 8 раз пользуется электроотсосом для эвакуации мокроты.*

*Безусловно, столкнувшись с подобным случаем, довольно трудно наметить тактику ведения ребенка, использование которой могло бы облегчить уход за ребенком и хотя бы немного улучшить его состояние. Размышляя над ведением данного пациента, мы проанализировали состояние ребенка в формате МКФ, в ходе чего были выявлены следующие нарушения и ограничения жизнедеятельности (схема 5). Тяжелые двигательные нарушения (спастический тетрапарез) и на-*



## схема 5. Клинический случай 2

**Антоша, 4 года**

Множественные нарушения развития. Спастический тетрапарез тяжелой степени. Выраженное отставание в когнитивном развитии. Частичная атрофия зрительных нервов. Симптоматическая эпилепсия с частыми пропульсивными припадками.



*рушения активности (ребенок не способен самостоятельно передвигаться, может поддерживать только позу лежа, не может самостоятельно поменять положение тела) являются серьезным риском развития вторичных осложнений (контрактур и деформаций, а также прогрессирования нарушений дыхания). Важно отметить, что для ребенка с подобными нарушениями эффективная программа фи-*

зического менеджмента<sup>1</sup> связана с перемещением ребенка в течение дня. В случае ухода за Антошей это очень тяжело, т.к. мальчик весит около 20 кг, а мама не умеет правильно и безопасно перемещать ребенка. Кроме этого, домашняя обстановка очень плохо приспособлена к жизни с таким ребенком.

Анализ случая в формате МКФ позволяет выделить связанные между собой нарушения, ограничения жизнедеятельности и факторы среды, которые влияют на риск развития вторичных осложнений. В результате вмешательство специалиста по физической реабилитации было основано на обучении родителей, которое проходило в домашней обстановке и было направлено на освоение техник правильного позиционирования и перемещения ребенка. Кроме этого, достаточно много времени уделялось адаптации домашней обстановки.

Международная классификация функционирования, таким образом, является основой «общего взгляда» на ребенка (ВОЗ, 2002, M. Battaglia et al., 2004). Ценность классификации для такого «общего взгляда» и диалога о ребенке в том, что она очень хорошо соотносится с личным опытом и специалиста, и родителя. Категории и понятия МКФ одинаковым образом применимы и к ребенку с нарушениями, и ко всем окружающим его людям. То есть описание ребенка в рамках МКФ понятно для родителей и специалистов самых разных специальностей, а, кроме этого, хорошо соотносится с их собственным опытом. Точно так же «общий язык» МКФ успешно используется при профессиональном обсуждении случаев и выработке командной стратегии ведения пациента.

## **Международная классификация функционирования как инструмент оценки инвалидности**

Для «измерения» степени тех или иных нарушений и ограничений жизнедеятельности у детей было предложено множество методов. Однако, как показал анализ (R. J. Simeonsson и др., 2003), около половины измерительных инструментов могут быть использованы толь-

<sup>1</sup> Программа физического менеджмента – это 24-часовая программа профилактики вторичных осложнений, основанная на поддержании объема движений в суставах, позиционировании и смене положений тела в течение дня.

ко для детей первого года жизни, а множество других имеют те или иные возрастные ограничения. В клинической практике же очевидно на необходимость использования инструмента оценки, который позволял бы констатировать и документировать инвалидность ребенка любого возраста и, кроме этого, соотносился с общепризнанными подходами оценки инвалидности у взрослых. Кроме этого, такой оценочный инструмент должен позволять описывать все факторы, влияющие на инвалидность ребенка и определяющие специфику его «специальных потребностей», а также учитывать все важные факторы контекста. Такая оценка необходима как для экспертизы с целью установления инвалидности, так и для составления индивидуальной программы реабилитации ребенка.

Публикация МКФ в 2001 году предоставила профессионалам возможность использовать классификацию в качестве такого инструмента оценки инвалидности. В 2003 году в дополнение к основному тексту классификации на сайте Всемирной Организации Здравоохранения появилась Форма оценки, которая предлагалась для регистрации выявленных нарушений и ограничений (ВОЗ, 2003). Основная часть Формы оценки состоит из следующих разделов (см. таблицу 1).

*таблица 1. Структура Формы оценки по МКФ и предлагаемые классификаторы<sup>1</sup>*

<b>раздел МКФ</b>	<b>классификаторы</b>
нарушения функций организма	степень тяжести нарушения
нарушения структур организма	степень тяжести нарушения природа изменений
ограничения активности и участия	деятельность (степень ограничения деятельности) возможности (степень ограничения активности)
факторы окружающей среды	препятствия способствующие факторы
иная контекстная информация	

Необходимо пояснить, что в самой классификации не содержится специфических инструментов оценки конкретных нарушений

<sup>1</sup> Перевод с англ. Ю.В. Князькиной, 2007.

и ограничений жизнедеятельности – МКФ позволяет только кодировать информацию о характере и выраженности тех или иных нарушений, ограничений и действия факторов среды. При этом для того, чтобы оценить, например, способность ребенка поддерживать позу сидя, специалисту по физической реабилитации необходимо использовать надежные и валидные специфические инструменты оценки, сделать вывод о выраженности данного ограничения активности, а затем оценить его, используя классификаторы для раздела «Ограничения активности и участия». Все предлагаемые классификаторы содержат критерии «тяжести» и позволяют оценить конкретное нарушение, ограничение активности и участия и действие факторов окружающей среды. Например, у ребенка имеется ампутация предплечья. По разделу «Нарушения структур организма» это код s730 «Структура верхней конечности», по классификатору «Степень тяжести нарушения» данное нарушение соответствует «Полному нарушению» (код 4), а по классификатору «Природа изменения» – коду 1 («Полное отсутствие»). Для лучшего понимания классификаторов «Деятельность» и «Возможность», которые предложены для раздела «Ограничения активности и участия», в Приложении к Форме оценки приводятся варианты вопросов к пациенту или его родственникам. Эти вопросы позволяют определить степень ограничения жизнедеятельности в зависимости от того, как человек выполняет задания или действия в актуальной для него среде (деятельность) и какие ограничения изначально присущи человеку (возможности). Например, для оценки такого вида активности, как мобильность, в качестве примера приведены следующие вопросы:

«(Возможности)

(1) При вашем нынешнем состоянии здоровья, насколько трудно вам ходить пешком на дальние расстояния (километр и более) без посторонней помощи?

(2) Как бы вы сравнили это с чьими-либо действиями, например с вашими же, но до того, как состояние вашего здоровья стало таким, какое оно есть сейчас?

(Или: «...с тем, что вы испытывали до того, как у вас появились проблемы со здоровьем или с вами произошел несчастный случай?»)

(Деятельность)

(1) В вашем нынешнем окружении насколько вам действительно трудно ходить пешком на дальние расстояния (километр и более)?

(2) Ваше нынешнее окружение усугубило или облегчило вам ходьбу пешком?

(3) В вашем данном конкретном окружении соответствуют ли, хотя бы примерно, ваши возможности ходить пешком на дальние расстояния без посторонней помощи вашим реальным возможностям?»

Необходимо отметить, что Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (ВОЗ, 2001) создавалась как универсальный инструмент, который можно использовать и для взрослых, и для детей. Однако, в ходе полевых испытаний после публикации Международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (ВОЗ, 1980) было отмечено, что использование данной классификации не вполне адекватно позволяет отразить состояние ребенка с учетом особенностей его развития и поведения. После публикации финальной версии МКФ в 2001 году была создана рабочая группа по разработке «детской» версии МКФ, которая позволила бы учесть особенности возникновения инвалидности у ребенка, оценить ее с учетом специфических особенностей детской инвалидности, документировать инвалидность ребенка с учетом факторов риска, которые важны в раннем возрасте и при проведении раннего вмешательства (R.J. Simeonsson, M. Leonardi, D. Lollar, 2004). В целом версия МКФ, адаптированная для детей и подростков, должна сохранять структуру основной версии МКФ, но ее содержание должно быть несколько модифицировано с учетом особенностей ребенка и подростка. Так, при разработке версии МКФ для детей и подростков имеющиеся домены МКФ были дополнены разделами, отражающими саморегуляцию ребенка, координацию, символическую и социальную игру и другими. Кроме этого, рабочая группа разработала специальный опросник для четырех возрастных групп (0–2, 3–6, 7–12 и 13–18 лет) для того, чтобы оценивать функционирование ребенка. Весной 2004 года первая версия МКФ версии для детей и подростков (ВОЗ, 2004) появилась на сайте Всемирной Организации Здравоохранения. В течение последующих нескольких лет проходили ее полевые испытания, а также работа по изучению ее надежности и специфичности для использования в различных клинических ситуациях. В настоящее время версия МКФ для детей и подростков утверждена Всемирной Организацией Здравоохранения, хотя перевод на все официальные языки ВОЗ еще не осуществлен.

Таким образом, Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (ВОЗ, 2001) – это:

- основа для «общего» взгляда на проблемы ребенка, важная как для междисциплинарного взаимодействия, так и для взаимодействия с родителями и самим ребенком;

- основа для междисциплинарной оценки ребенка и инструмент, позволяющий обсуждать направленность, обоснованность и эффективность программы помощи ребенку и его семье;

- универсальный инструмент, помогающий оценить степень выраженности и характер нарушений структуры и функции, а также степень выраженности и характер ограничений жизнедеятельности и действия факторов среды.

Однако, несмотря на то, что с момента публикации финальной версии МКФ прошло 7 лет и текст на русском языке доступен на сайте ВОЗ, использование классификации в нашей стране остается все еще очень ограниченным. Кроме этого, уровень осведомленности специалистов, работающих в области реабилитации/абилитации, относительно новых подходов к пониманию «инвалидности» и самой МКФ остается очень низким. Некоторые выводы о причинах такой низкой активности специалистов позволяют сделать результаты исследования, проведенного нами в 2003 году (Антонова Л.В., Ключкова Е.В., 2003), целью которого было изучить опыт использования МКФ в российской практике, выявить препятствия для использования этого инструмента и наметить пути для его более широкого применения.

Исследование проводилось в двух популяциях, имеющих разный опыт использования классификации. Первую группу составили врачи ( $n_1 = 12$ ), имеющие более чем 2-летний опыт использования МКФ, которые письменно отвечали на вопросы специально разработанного опросника, состоявшего из «открытых» вопросов о достоинствах и недостатках МКФ, о возможностях для использования классификации и препятствиях для ее использования. Респонденты могли давать по несколько ответов на каждый вопрос. Вторая группа ( $n_2 = 20$ ) состояла из специалистов, которые были включены в программу профессиональных супервизий; им был предложен опросник, содержащий «открытые» вопросы о том, полезно ли было использовать классификацию для разбора случаев, а также, на какие разделы МКФ при анализе проблем ребенка они обращают внимание в первую очередь и какие разделы им труднее всего анализировать.

Для анализа результатов, полученных в Группе 1, использовался SWOT-анализ. Сначала были проанализированы сильные стороны МКФ и возможности для ее использования, а затем препятствия для использования классификации и слабые стороны МКФ. Для более глубокого анализа ответы о сильных сторонах МКФ (39 ответов) были разделены по группам, в которых наиболее часто встречались следующие характеристики сильных сторон классификации:

- модель инвалидности, пригодная для использования в реабилитационной практике (20 ответов);
- полезность использования МКФ для планирования и проведения программы реабилитации (11 ответов);
- единый язык для специалистов, работающих в области реабилитации (6 ответов);
- возможность использовать МКФ для оценки эффективности и доказательности результатов реабилитации (2 ответа).

Затем по этим же группам были проанализированы ответы о возможностях использования МКФ в практике респондентов (34 ответа):

- полезность использования МКФ для планирования и проведения программы абилитации/реабилитации (15 ответов);
- единый язык для специалистов, работающих в области реабилитации (9 ответов);
- возможность использовать МКФ для оценки эффективности и доказательности результатов реабилитации (2 ответа);
- модель инвалидности, пригодная для использования в реабилитационной практике (2 ответа).

Нам представляется интересным, что в структуре ответов на более «абстрактный» относительно ежедневной клинической практики вопрос о сильных сторонах классификации преобладают характеристики, связанные с моделью инвалидности и полезностью классификации для планирования программы абилитации/реабилитации, причем указания на удачную для использования модель инвалидности значительно преобладают. В ответах на вопрос о возможностях использования классификации в ежедневной клинической практике МКФ как модель инвалидности заняла последнее место, а ответы о возможности ее использования для планирования помощи в абилитации/реабилитации и возможность использования терминологии МКФ как единого языка для специалистов, работающих в области реабилитации, – соответственно первое и второе место.

Далее были выделены группы в ответах о препятствиях к использованию МКФ в практике респондентов (28 ответов):

- личностные препятствия (13 ответов);
- организационные препятствия (11 ответов);
- недостаток умений и опыта использования МКФ (10 ответов);
- недостаток знаний о классификации (3 ответа);
- недостаток информации (2 ответа).

Слабые стороны классификации (13 ответов) анализировались по тем же категориям, что и препятствия для ее использования профессионалами:

- личностные препятствия (13 ответов);
- организационные препятствия (11 ответов);
- недостаток умений и опыта использования МКФ (10 ответов);
- недостаток знаний о классификации (3 ответа);
- недостаток информации (2 ответа);
- отдельно были выделены четко сформулированные недостатки МКФ для педиатрической реабилитации/абилитации (3 ответа).

Совместный анализ ответов о препятствиях к использованию классификации и ее слабых сторонах показал, что структура ответов одинакова. При этом на первом месте стоят личностные препятствия. По нашему мнению, такая частота ответов о недостатках МКФ и препятствиях для ее использования говорит, прежде всего, о недостатке опыта по использованию классификации и недостаточности побудительных мотивов для ее использования специалистами.

Результаты, полученные в Группе 2, показали, что все участники опроса отмечают, что МКФ помогает лучше разобраться клинический случай. В 13 случаях «Нарушения» были указаны в ответе на вопрос «На какие разделы МКФ Вы больше всего обращаете внимание и почему?», в 12 случаях была указана «Активность» и в 8 случаях – «Участие». По нашему мнению, такие ответы отражают, с одной стороны, уровень подготовленности и информированности респондентов о МКФ и ее использовании. С другой стороны, это является результатом использованных подходов к разбору случаев – при обсуждении проблем ребенка акцент делался на ограничения активности, отмечая и их важность для участия в жизни общества, а лишь затем анализировались нарушения, которые вызывают эти ограничения. Такая модель разбора нам представлялась наиболее подходящей для того, чтобы «увести» обсуждение от традиционного для реабилитации в



нашей стране медицинского взгляда на ребенка, при котором специалисты ограничиваются только уровнем нарушений. Труднее всего респондентам было анализировать участие ребенка в жизни общества – 10 ответов, другие разделы – «Активность» и «Нарушения» – получили соответственно 6 и 5 ответов. 5 специалистам было трудно оценить влияние среды, а 6 человек отметили трудности в оценке влияния личностных факторов.

Проведенное исследование позволяет говорить о том, что в целом специалисты готовы к использованию МКФ и видят преимущества ее использования как модели инвалидности и контекста для построения программы помощи в реабилитации и абилитации. Соотношение количества ответов (Группа 1) о сильных и слабых сторонах МКФ, а также соотношение возможностей ее использования и препятствий для использования классификации позволяет сделать вывод о необходимости более широкого использования МКФ. Большое количество ответов, которые касаются основанных на МКФ модели инвалидности и модели построения программ реабилитации/абилитации, позволяет говорить о том, что в практической работе назрела необходимость в введении новых моделей помощи, основанных на функциональном подходе к рассмотрению проблем пациентов, оценке их нарушений и ограничений активности, а также к доказательности эффективности проводимых программ помощи. Количество ответов, называющих недостаток знаний об МКФ одним из наиболее значимых препятствий для ее использования, позволяет рекомендовать более широко информировать специалистов о классификации и более широко использовать ее как в практической работе, так и в научных исследованиях и преподавательской практике. С другой стороны, мнение специалистов Группы 2 об удачном опыте использования контекста МКФ для анализа клинических случаев позволяет сделать вывод о необходимости более широкого использования классификации для преподавания на основе разбора случаев. Большое количество ответов респондентов Группы 2 о трудностях анализа «Ограничений участия в жизни общества», возможно, позволяет говорить о недостаточном внимании, которое уделяется этому разделу при преподавании.

Кроме этого, низкая активность специалистов по использованию МКФ является, по нашему мнению, показателем существующих в профессиональном сообществе взглядов на инвалидность, проблемы ребенка-инвалида и возможные подходы к помощи. Особенно

стью формирования бытовых представлений об инвалидности, которые доминируют в современном российском обществе, является то, что у нескольких поколений они формировались вне опыта личного взаимодействия с людьми, имеющими ограничения жизнедеятельности. У детей, родившихся в 1950-е, 1960-е, 1970-е, 1980-е и даже 1990-е годы не было опыта игры со сверстником-инвалидом. Такие люди были сегрегированы в специальных учреждениях и стойко воспринимались как обуза для семьи и общества. Все программы помощи людям с нарушениями, существовавшие в Советском Союзе, да и большинство программ помощи, существующих в настоящее время, основаны на биологической модели инвалидности. Они базируются на диагностике *нарушений* структуры и функции организма и, исходя только из этих нарушений, определяют прогноз, объем и характер помощи, которую должен получать человек, его права в области образования и трудоустройства. Определение понятия «инвалид», принятое сегодня в России, к сожалению, построено именно на основе *биологической модели*:

«Инвалид – лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеванием, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты» (Закон Российской Федерации «О социальной защите инвалидов в РФ», ноябрь 1995 г.). Личное отношение к детям-инвалидам специалистов, работающих в области реабилитации и абилитации, формировалось как под влиянием собственных бытовых представлений об инвалидности, так и под влиянием принятых профессиональных моделей помощи. Использование Международной классификации функционирования требует совсем другого понимания здоровья человека и проблем, связанных со здоровьем, а именно: принятие модели, предлагаемой МКФ, и начало ее активного использования связано с деконструкцией идей об эффективной помощи людям с нарушениями и в целом – дискурса о проблемах, потребностях и перспективах человека с ограничениями жизнедеятельности.

## Литература

1. *Battaglia M. et al.* International Classification of Functioning, Disability and Health in a cohort of children with cognitive, motor, and

- complex disabilities // *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2004, 46. P. 98–106.
2. Early Diagnosis and Interventional Therapy in Cerebral Palsy. An Interdisciplinary Age-Focused Approach / Ed. by A.L. Scherzer. New York: Marcel Dekker, 2001.
  3. *Hebbeler K.M.* Using the ICF taxonomy to describe infants and toddlers in early intervention // OSEP/Westat Overlapping Part B and Part C Data Managers Meeting, Washington DC, 2007 (<http://www.sri.com/neils/present.html>).
  4. ICF Checklist. Version 2.1a, Clinician Form for International Classification of Functioning, Disability and Health (<http://www3.who.int/icf/icftemplate>).
  5. ICF Children and Youth version (<http://www3.who.int/icf/onlinebrowser/icf.cfm>.)
  6. *Simeonsson R.J., Leonardi M., Lollar D.* The ICF-CY: Development and field trial activities // Advancing a research agenda for ICF. 10th North America Collaborating Center Conference on ICF, 1–4 June, 2004.
  7. *Simeonsson R.J. et al.* Applying the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to measure childhood disability // *Disability and Rehabilitation*, 2003. Vol. 25. P. 11–12, 602–610.
  8. *Stucki G. et al.* Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practice // *Disability and Rehabilitation*, 2002. Vol. 24. P. 5, 281–282.
  9. Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health. ICF // World Health Organization, Geneva, 2002 (<http://www3.who.int/icf/>).
  10. Международная классификация функционирования, ограниченный жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Полная финальная версия. <http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>.
  11. *Антонова Л.В., Клочкова Е.В.* Использование Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) в клинической практике. Материалы II Международной конференции «Актуальные вопросы реабилитологии и эрготерапии», Санкт-Петербург, 29.10.03 г. /Под ред. чл.-корр. РАМН, проф. А.В. Шаброва, проф. В.Г. Мамуйлова, проф. Л.П. Зуевой. – СПб, СПбГМА, 2003. С. 5.
  12. *Клочкова Е.В.* Раннее вмешательство как модель помощи ребенку с церебральным параличом. /В кн.: «Адаптивная физическая

культура в работе с детьми, имеющими нарушения опорно-двигательного аппарата (при заболевании детским церебральным параличом). Методическое пособие» / Под ред. А.А.Потапчук. – СПб, СПбГАФК им. П.Ф. Лесгафта, 2003.

13. Клочкова Е.В. Современные представления об инвалидности. /В кн.: «Адаптивная физическая культура в работе с детьми, имеющими нарушения опорно-двигательного аппарата (при заболевании детским церебральным параличом). Методическое пособие». /Под ред. А.А. Потапчук. – СПб, СПбГАФК им. П.Ф. Лесгафта, 2003.
14. Клочкова Е.В. Программы раннего вмешательства для детей с церебральным параличом. В кн.: «Нет «необучаемых детей»: Книга о раннем вмешательстве» / Под ред. Е.В. Кожевниковой и Е.В. Клочковой. – СПб.: КАРО, 2007.

# Сенсорные расстройства у детей, систематизация и диагностика

Ю.Е. Садовская

Актуальность и необходимость пристального изучения сенсорных расстройств со всей очевидностью диктуются теми изменениями, которые происходят сегодня в нейрореабилитологии, а именно постепенным смещением акцента с медикаментозного пути помощи на немедикаментозный, а также на достижение практически значимых для клиники результатов посредством специальных сенсорно-ориентированных интервенций.

Изучение и систематизация расстройств сенсорной деятельности у детей сопряжены со значительными трудностями. За последние 15 лет в Центре лечебной педагогики накоплен немалый опыт обследований детей с проблемами развития, осуществляемых с целью оценки состояния их здоровья и планирования лечебных мероприятий. Полученные данные свидетельствуют о том, что при этом выявляется до 70–80% неучтенных нарушений или дефицитов сенсорной сферы.

С одной стороны, у детей имеются возрастная незрелость и незавершенность формирования познавательных и сенсорных процессов, а с другой – недостаточная оформленность, нестойкость и изменчивость нервно-психических нарушений. Нарушения сенсорных процессов не столь очевидны, как нарушения речи, и часто начинают обращать на себя внимание только в случаях грубой степени выраженности. В связи с этим понятно, почему ряд расстройств сенсорной деятельности в детском возрасте еще не занял определенного положения в систематике психопатологических нарушений и неоднозначно трактуется разными исследователями. Систематические исследования сенсорных нарушений начались с 50-х гг. XX века, когда стали накапливаться данные о том, что в обеспечении перцептивных процессов ведущая роль принадлежит не левому, а правому полушарию головного мозга. Правое полушарие является ответственным за организацию информации в целом. Оно принимает, различает и организует сенсорную информацию, различает объекты внутри одной категории.

По причине субъективности ощущений и одновременно исключительно важной их роли в установлении взаимосвязи организма с внешней средой функция рецепций мозга всегда была объектом философских дискуссий по вопросам познания. До того как мы введем определение сенсорной интеграции (СИ), необходимо поговорить о чувствах и ощущениях. Наши чувства дают нам информацию, в которой мы нуждаемся для функционирования в окружающем мире. Каждое движение, которое мы выполняем, каждый кусочек, который мы проглатываем, каждый объект, до которого мы дотрагиваемся, вызывает различные ощущения. Они бывают дистантными и ближними и образуют так называемые сенсорные системы (табл. 1).

Известно, что ребенок еще до своего рождения уже способен переживать различные виды ощущений. Тактильное, вестибулярное (основополагающие области восприятия практически полностью сформированы до рождения) и проприоцептивное чувства являются фундаментальными. Другие области восприятия (зрение, обоняние, и др.) развиваются преимущественно в постнатальный период, все вместе, они составляют основу для здорового развития ребенка. Таким образом, мы охарактеризовали основные сенсорные системы человека, которые гетерохронны в своем развитии. Что же мы понимаем под «интеграцией сенсорных систем» (в англоязычной литературе чаще употребляется термин «сенсорная интеграция»)?

**Интеграция сенсорных систем** (далее – СИ) – это неврологический процесс организации информации, которую мы получаем от нашего тела и внешней среды для использования в повседневной жизни. СИ происходит в головном мозге. Одна из основных задач нашей ЦНС – интеграция ощущений. Согласно мнению Дж. Айреса, «около 80% нервной системы вовлечено в обработку или организацию сенсорных входящих сигналов...». Ни одна часть ЦНС не работает в одиночку. Информация от чувствительных рецепторов должна проходить замкнутый цикл от восприятия, через анализ и синтез, к объединению сенсорных ощущений различных модальностей (проприоцептивных, зрительных, слуховых и т.д.), и далее, к планированию и организации адекватного ответа. Обязательным завершающим этапом цикла является получение обратной связи. На получение сенсорной информации (входящий сигнал) в синхронизирующем режиме формируется моторный ответ, таким образом, человек получает возможность планировать и выполнять какие-либо действия. Это позволяет ему адаптивно взаимодействовать со средой и эффек-

<b>система</b>	<b>локализация</b>	<b>функция</b>
тактильная (касание)	кожа – плотность распределения клеток варьирует по всему телу. Области наибольшей плотности включают рот, кисти и гениталии	обеспечивает информацию об окружающей среде и качествах объектов (касание, давление, текстура, жесткий, мягкий, острый, тупой, горячий, холодный, болезненный)
зрительная (свет)	ретиная оболочка глаза – стимулируется светом	обеспечивает информацией об объектах и людях. Помогает нам определять границы того, как мы перемещаемся во времени и пространстве
обоняние (запах)	химические рецепторы в полости носа – близко связаны с вкусовой системой	обеспечивает информацией о различных типах запахов (несвежий, резкий, раздражающий, гнилостный, цветочный, пикантный)
вкусовая (вкус)	химические рецепторы на языке – близко вплетена в обонятельную систему	обеспечивает информацией о различных типах вкуса (сладкий, кислый, горький, соленый, острый)
слуховая (слух)	внутреннее ухо – стимулируется воздушными / звуковыми волнами	обеспечивает информацией о звуках в окружающем пространстве (громкий, тихий, высокий, низкий, близкий, далекий)
вестибулярная (баланс)	внутреннее ухо – стимулируется движениями головы и входящими сигналами от других чувств, особенно зрения	обеспечивает информацией о том, как расположено наше тело в пространстве, и о том, двигается наше тело или окружающее пространство
проприоцептивная (осознание тела)	мышцы и связки – активируются натяжениями мышц и движением	обеспечивает информацией о том, где находится соответствующая часть тела и как она двигается
интероцепция	внутренние органы	обеспечивает информацией о том, что случается в нашем теле – сердечная деятельность, голод, жажда, пищеварение, температура тела, сон, настроение и состояние активации

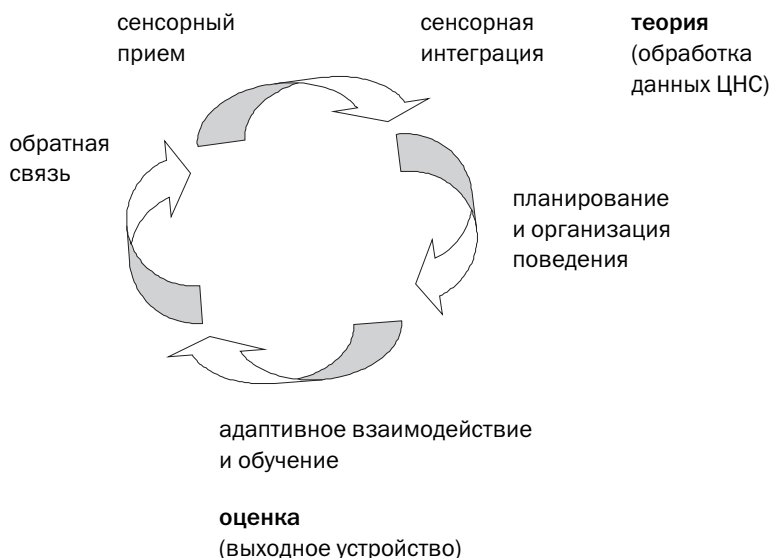
*таблица 1. Сенсорные системы*

тивно обучаться. Вследствие этого, дотрагивание может помогать зрению, зрение – балансу, баланс может помогать ощущению положения тела в пространстве, ощущение положения тела в пространстве – движению, движение – обучению и т.д. (рис. 1).

*рис. 1. Циркулярный процесс сенсорной интеграции*

**лечение**

(впускное устройство)



*Теория сенсорной интеграции* возникла в 60-е годы XX века, она разработана американским лечебным педагогом Дж. Айрес. СИ – это теория взаимосвязи мозг-поведение. Предполагается, что если наш мозг эффективен в обработке сенсорных входящих сигналов, то, соответственно, будет эффективен и поведенческий выход. При анализе нарушений развития мы изучаем, влияет ли сенсомоторная интервенция на поведение, действительно ли в результате интервенции происходят изменения в поведении ребенка. Когда поведение изменяется в процессе интервенции, мы предполагаем, что эти изменения вызваны улучшением СИ и/или улучшением нейронального функционирования.



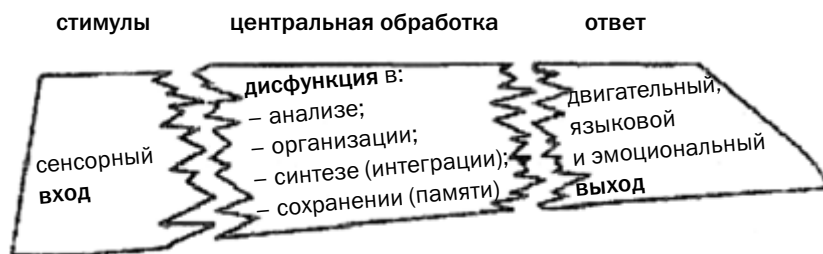
Теория СИ помогает объяснять, планировать и прогнозировать развитие и поведение человека и используется для того, чтобы:

- объяснить, почему индивидуумы ведут себя особым образом;
- планировать интервенцию для редукации дефицитов развития;
- прогнозировать, как будет меняться поведение в результате интервенции.

Многолетний опыт работы в Центре лечебной педагогики с детьми, имеющими особенности развития (нервно-психических функций), показал высокий процент (70–80%) дефицитарности сенсорной сферы, которая часто не выявляется в процессе стандартного неврологического обследования. Чтобы описать методы выявления сенсорных расстройств, необходимо определить некоторые ключевые понятия, связанные с дисфункциями сенсорной интеграции.

**Дисфункция сенсорной интеграции** – это нарушение в обработке сенсорной информации как от окружающей среды, так и от собственного тела. Дисфункция сенсорной интеграции (ДиСИ) может являться причиной нарушения развития или поведения. ДиСИ не является отдельным медицинским диагнозом, но часто является составляющей частью других диагнозов, таких как СДВГ, трудности обучения, расстройство экспрессивной/импрессивной речи, аутизм, pervasive нарушения развития, тревожно-фобические расстройства и др. (рис. 2).

*рис. 2. Каким образом возникает дисфункция в обработке сенсорных процессов?*



**Дисфункция сенсорной интеграции (SID)** у детей манифестирует двумя группами расстройств: проблемами сенсорной модуляции и моторного выполнения.

*Сенсорная модуляция* – это «способность регулировать и организовывать реакции на сенсорный вход в градуированной и адаптивной манере» (McIntosh et al., 1999). Поведенчески это отражается в сенсорном поиске или сенсорном избегании (Dunn, 1999; McIntosh et al., 1999; Parham & Mailloux, 1996). Плохая модуляция может проявляться: невнимательностью, импульсивностью, повышенным уровнем активности, дезорганизацией, тревогой и плохой саморегуляцией (Ayres, 1972a; Cohn et al., 1999). В зависимости от преимущественного поражения сенсорной системы (систем) пациенты с тенденцией к недостаточному или сверхреагированию на ощущения, или с дефицитами в сенсорной модуляции могут демонстрировать разные варианты нарушений. Выделено 4 типа нарушений модуляции.

**1. Сенсорная защита** – это «реакция избегания на невредоносные стимулы» (Wilbarger & Wilbarger, 1991; Oetter et al., 1993), вследствие чего дети испытывают эмоциональные проблемы и нарушения социального поведения. При этом нарушается «переработка поступающей информации о дистантных (тактильных, зрительных, слуховых, оральных, вкусовых, обонятельных) стимулах на уровне мозговых функциональных систем» [Royeen & Lane 1991].

**2. Гравитационная ненадежность** проявляется себя как страх движения, при нахождении в непривычной позиции или в случае, когда ребенок «не чувствует земли под ногами»; она связана с плохой обработкой отолитовыми аппаратами вестибулярных процессов (Fisher, 1991).

**3. Отвращающие ответы на движение** встречаются при ответе на движения, которые большинство индивидуумов рассматривает невредоносными; они характеризуются реакциями автономной нервной системы и связаны с плохой обработкой вестибулярной информации полукружными каналами (Fisher, 1991).

**4. Недостаточная способность к реагированию (ощущению)** характеризуется дефицитом в восприятии или дискриминацией в одной или нескольких модальностях (включая зрение, тактильное чувство, проприоцептивное/кинестетическое), т.е. задержкой реакции на ощущение.

Плохая дискриминация включает:

- сниженное восприятие (перцепцию) стимулов различных модальностей;
- возможное сочетание с сенсорной гипореактивностью или диспраксией;

– функциональные последствия, включая нарушения обучения, дисграфию, неловкость крупной и мелкой моторной координации и стереотипные, упрощенные схемы игр.

К проблемам моторного реагирования, которое требует наличия ясного входящего сенсорного сигнала, относятся:

а) **диспраксия** – неспособность формулировать, планировать и выполнять незнакомые комплексные моторные действия.

Диспраксия, в контексте сенсорных расстройств, встречается в трех категориях праксиса:

– *идеаторный* (когнитивный процесс формулирования цели действия, которое зависит от восприятия заметных аспектов окружающей среды);

– *моторное планирование* (планирование и упорядочивание действия);

– *выполнение* (знакомое моторное действие)

б) **постуральные нарушения** характеризуются трудностями передвижения, стабилизации и регулирования позы, что часто связано с минимальными неврологическими симптомами – легкой гипотонией, дефицитом билатеральной координации, реакций равновесия. Эти нарушения обусловлены плохой обработкой проприоцептивного и вестибулярного входящего сигнала. Постуральные нарушения часто встречаются в комбинации с нарушением сенсорной модуляции и дискриминации, или диспраксией.

Пациенты могут одновременно иметь один или два типа дисфункции.

Теория сенсорной интеграции является новым направлением в системе педиатрической реабилитации, поэтому выявление и диагностика сенсорных расстройств носят сугубо практический характер в контексте неврологии развития.

Неврология развития – область неврологии, направленная на установление связи между поведением, с одной стороны, и структурой и функцией мозга, с другой. Неврология развития переносит эти связи в клинический контекст. Важно, чтобы специалисты, работающие с ребенком (логопеды, дефектологи, двигательные терапевты, специальные педагоги, арттерапевты и др.), были знакомы с неврологической основой проблем ребенка. Это является условием более эффективной работы. Диагностика дефицитов развития может быть целостной, только если она проводится командой специалистов, поскольку дети с нарушениями переработки сенсорной информации

часто имеют сопутствующие нарушения обучения и поведения и др. Кроме того, при определении границ интервенции необходимо учитывать соматические нарушения, степень их компенсации.

**Неврологическое обследование** таких пациентов проводится с прицельным изучением профиля двигательного функционирования и нарушения переработки сенсорной информации. Измерение сенсорной модуляции проводится по укороченной версии «Сенсорного профиля» (Dunn et al., 1999); *нестандартизированными методами*: путем наблюдения и оценки возможностей ребенка. Диагностика осуществляется на основе: опроса; определенных тактильных проб, во время которых проводится наблюдение за поведенческими реакциями; исследования сенсорных способностей; наблюдения за ребенком во время сенсорных игр.

Опираясь на данные, накопленные различными исследователями, а также используя собственный экспериментальный и коррекционный опыт, мы проанализировали нервно-психические функции в рамках теории сенсорной интеграции, что дает возможность для разработки рекомендаций по диагностическому алгоритму для детей с подозрением на сенсорную дисфункцию (табл. 2).

*таблица 2. Диагностическая процедура при подозрении на дисфункцию сенсорной интеграции*

**I. Первичный прием** лечебного педагога / дефектолога + собеседование (с родителями):

- причина обращения;
- функционирование семьи (семейный анамнез, стресс в семье, тип воспитания);
- психосоциальные функции (семья, школа, сверстники);
- основные проблемы или ограничение активностей (движение, речь, общение, поведение, познание, обучение);
- навыки самообслуживания.

**II. Диагностическое занятие с лечебным педагогом:**

- адаптация к новой обстановке;
- особенности эмоционального контакта со взрослыми и другими детьми;
- особенности игры;
- речь (экспрессивная, рецептивная);
- развитие крупной, мелкой моторики;
- адаптивные ответы (ответ на пассивный стимул; продолжать делать что-либо и оставаться неизменным; любая целенаправленная деятельность;

- перемещение в пространстве в непривычной манере; выполнение усложненного действия, используя непривычные способы движения);
- ответы на сенсорные стимулы и специфические поведенческие паттерны;
  - оценка актуальных и потенциальных способностей ребенка.

### **III. Неврологическое клиническое обследование**

- анамнез жизни;
- анамнез болезни, в т.ч.:

**История развития.** Сроки формирования основных моторных, предречевых, речевых навыков. Наличие тяжелых заболеваний соматического круга; госпитализации, операции.;

**Сенсорная история.** Сбор информации о необычной сенсорной неконтактности (в отношении к различным стимулам), особенностях поведения, кормления на первых годах жизни. Проблемное поведение может быть непостоянным (например, присутствовать вечером, но не наблюдаться утром; или присутствовать при касании, но не отмечаться при отсутствии касания).

**Ключевые клинические вопросы.**

- генеалогический анамнез или сведения о наследственности;
- анализ дополнительных исследований (КТ, МРТ, ЭЭГ, ЭМГ и др.);
- стандартный неврологический статус с прицельным исследованием:
  1. позы;
  2. баланса;
  3. координации;
  4. движений глаз;
  5. билатерального контроля, последовательности намеченных действий;
  6. чрезмерных движений, силы при выполнении задачи;
  7. походки;
  8. праксиса;
  9. ответов на сенсорные стимулы и специфические поведенческие паттерны (проблемы сенсорной модуляции – общая активность, тактильная, вестибулярная, слуховая, зрительная, оральная и др. сенсорной дискриминации – тактильная, вестибулярная, проприоцептивная; их взаимодействие);
  10. трудностей формирования школьных навыков;
  11. функциональных проблем (питания, самообслуживания, сна, игровых навыков, социального взаимодействия, речи).

---

### **IV. Психологическое (и/или нейропсихологическое) и педагогическое обследования**

---

**V. Обследования других специалистов (по показаниям) – педиатра, двигательного терапевта, логопеда, психиатра, психотерапевта/семейного психолога**

Для оценки и установления диагноза синдрома дисфункции сенсорной интеграции нет стандартных валидных симптомов. SIPT позволяет диагностировать только синдром сенсорной защиты и не подходит для оценки праксиса. Обзор существующих стандартизированных методов оценки переработки сенсорной информации представлен в табл. 3. Стандартизированные методы оценки не используются для пациентов с тяжелыми или множественными/глобальными нарушениями развития.

*Таблица 3. Стандартизированные инструменты оценки сенсорной обработки*

<b>название теста</b>	<b>возраст</b>	<b>комментарии</b>	<b>источник</b>
Тест исследования сенсорных функций у младенцев	4–18 мес.	субтесты включают реактивность на тактильное глубокое давление и вестибулярную стимуляцию, адаптивные моторные функции, зрительно-тактильную интеграцию и зрительно-моторный контроль	DeGangi G.A. & Greenspan S.I. (1989)
Реестр функций по раннему копированию	4–36 мес.	инструмент адресован сенсомоторной организации, реактивности и самоинициации, как ребенок копирует повседневные жизненные активности	Zeitlin S., Williamson G.G. & Szczepanski M. (1988)
Тесты по сенсорной интеграции и праксису (SIPT)	4 года 6 мес. – 8 лет 11 мес.	12 субтестов оценивают сенсорные функции и функции восприятия через зрительную перцепцию, а также разделы по зрительным, вестибулярным, постуральным и соматосенсорным функциям	Ayres A.J. (1989)

**Ключевые клинические вопросы – ваш ребенок имеет ...**

1. Сенсорные предпочтения или неконтактность при поддержании внимания и обучении?

2. Необычную реакцию на прикосновение, фото-, фоностимулы? Выражает соответствующий уровень аффекта в ответ на сенсорный вход?

3. Необычно высокий (необычно низкий) уровень активности? Трудно успокаивается или легко пугается, как младенец?

4. Трудности в регулировании цикла сон/бодрствование, остается спящим и просыпается без раздражения? Умывается, подстригается, стрижет ногти с явным неудовольствием?

5. Необходимость в большей практике для овладения новым навыком?

6. Неуклюжий, часто падает, натывается на мебель, людей или имеет проблемы с оценкой позы тела в отношении окружающего пространства?

7. Использует несоответствующее количество силы, когда взаимодействует с объектами, рисует, пишет или взаимодействует с братьями/сестрами или сверстниками?

8. Каким образом справляется с перемещениями/переменами, изменениями в ежедневной рутине? Существует ли предпочтительное время дня или тип активности, когда ваш ребенок наиболее неорганизованный?

Нами разработан диагностический скрининг синдрома дисфункции сенсорной интеграции у детей дошкольного возраста. Разработка направлена на повышение точности современной клинической диагностики сенсорных расстройств у детей с нарушениями нервно-психического развития в практической деятельности невролога, педиатра, психолога, дефектолога. Указанный результат (диагноз) достигается путем набора симптомов из группы критериев 1-го порядка (минимум – 3 критерия) и из группы 2-го порядка (минимум – 1); степень выраженности критериев указана в баллах (0-1-2-3), что позволяет использовать карту для наблюдения динамики изменений.

### ***Таблица 3. Диагностический скрининг дисфункции сенсорной интеграции у детей***

Степень выраженности критерия в баллах:

0 баллов – толерантность на сенсорный стимул / удовлетворительное выполнение инструкции; 1 балл – легкая степень нарушения; 2 балла – средняя степень нарушения с явлениями социальной дезадаптации; 3 балла – тяжелая степень нарушения с явлениями социальной дезадаптации

баллы	критерии		критерии	баллы
0 1 2 3	сенсорная защита			0 1 2 3
0 1 2 3	сенсорный поиск	<b>дисфункция</b>	отвлекаемость	0 1 2 3
0 1 2 3	сенсорная дискриминация	<b>сенсорной интеграции</b>	уровень активности	0 1 2 3
0 1 2 3	диспраксия	<b>«3+1»</b>	коммуникативный дефицит	0 1 2 3
0 1 2 3	постуральные нарушения		социальная дезадаптация	0 1 2 3
0 1 2 3	зрительный контроль			0 1 2 3
0 1 2 3	билатеральный контроль			

В заключение зададимся вопросом: что же такое сенсорная дезинтеграция – симптом или синдром? Какое обозначение является наиболее правильным? На этот вопрос не так просто ответить, однако без четкого определения понятий очень сложно прийти к пониманию проблемы. Сенсорные расстройства у детей лишены четкой клинической формы, отличаются неопределенностью своих границ, непостоянны и трудно поддаются идентификации. Их сложно отграничить не только от болезни, но и от нормы, тем более что не существует общепризнанных и бесспорных определений болезни, нормы и здоровья. Они даже не имеют четкого терминологического наименования. Последний термин – «дисфункция сенсорной интеграции» (ДиСИ) – является собирательным и обязывает врача углубляться в детальную характеристику клинических проявлений особенностей развития. Использование термина ДиСИ принесло не столько пользу, сколько осложнило понимание проблемы развития мозга в целом. Попытки серьезного изучения сенсорных составляющих в развитии мозга у детей всегда обнажали гетерогенность клинических форм и несостоятельность их объединения в одно заболевание. Некоторые авторы считают, что говорить в таких случаях о симптомах и синдромах было бы некорректно, поскольку они встречаются вне нозологического контекста, обозначают их «как явления, сходные с патологическими», как «аналоги симптома» и т.п. Зарубежные авторы обычно именуют подобные нарушения просто симптомами/синдромами (без кавычек и оговорок), не смущаясь тем, что последние выступают вне нозологических единиц. Нам представляется целесообразным выделять симптомокомплекс нарушений сенсорной ин-



теграции как клинический синдром, что позволяет проводить направленную абилитацию детей с проблемами развития.

## Литература

1. Ayres J. (1975). Sensory integration and learning disorders. Los Angeles: Western Psychological Services.
2. Ayres J. (1979). Sensory integration and the child. Los Angeles: Western Psychological Services.
3. Ayres J. (1989). Sensory Integration and praxis tests. Los Angeles, CA: Western Psychological Corporation.
4. Dunn W. (1997). The Sensory Profile: The performance of a national sample of children without disabilities. *American Journal of Occupational Therapy*, 51, 25-34.
5. Fisher A.F., Murray E.A. (1991). Introduction to sensory integration theory, pp. 3-24.
6. Fisher A.F., Murray E.A. & Bundy A.C. (1991) Sensory integration: Theory and practice. Philadelphia, pp. 3-356.
7. Kinnearly M., Oliver B., Wilbarger P. (1995). A phenomenological study of sensory defensiveness in adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 49, 444-451.
8. Lane S.J., Miller L.J., Hanft B.E. (2000). Towards a consensus in terminology in sensory integration theory and practice: Part 2: Sensory integration patterns of function and dysfunction. *Sensory Integration Special Interest Section Quarterly*, 23, 1-3.
9. Linderman T.M., Stewart K.B. (1999). Sensory integrative-based occupational therapy and functional outcomes in young children with pervasive developmental disorders: A single-subject study. *Journal of Occupational Therapy*, 53, 207-213.
10. McIntosh DN, Miller LJ, Shyu V., Dunn W. (1999). Overview of the short sensory profile (SSP), pp 59-73.
11. Royeen C., Lane S (1991). Tactile Processing and sensory defensiveness. In Fisher A, Murray E., Bundy A. Sensory integration. Theory and practice, pp 108-133.
12. Wilbarger P., Wilbarger J. (1990). Introduction to sensory defensiveness (Audi-tape). Denver: Avanti Educational Programs.
13. Zeitlin S., Williamson G. & Szczepanski M. (1988). Early coping inventory. Bensenville, IL: Scholastic Testing Service.

# Поведенческие фенотипы у детей с туберозным склерозом

Ю.Е. Садовская, А.Л. Битова,  
Е.Н. Сафронова, И.С. Константинова,  
Е.В. Моржина, М.А. Яремчук

Комплекс туберозного склероза (КТС) – аутосомно-доминантное нарушение, характеризующееся развитием гамартом многих органов, включая мозг, кожу, сердце, почки и печень. Недавние эпидемиологические исследования сообщают о том, что это нарушение встречается у 1 на 12000–15000 детей в возрасте до 10 лет, но случаи с негрубым поражением в детском возрасте диагностируются редко, и истинная встречаемость КТС может быть выше – 1 на 6800 [19]. Спорадические случаи составляют около 2/3 всех случаев КТС. Аномалии нейрональной миграции, клеточной дифференциации и чрезмерной клеточной пролиферации способствуют формированию различных повреждений головного мозга и вызывают различные неврологические проявления. В настоящее время стало очевидным, что многообразие поведенческих фенотипов у детей с КТС детерминировано как органическими повреждениями, так и прямым действием аномальной генетической программы. Знание поведенческих характеристик КТС крайне важно для разработки индивидуальной программы реабилитации и выбора терапевтической методики. В отечественной литературе и практике изучению, измерению и коррекции сенсорных составляющих развития уделено недостаточно внимания. В этой связи мы представляем анализ поведенческих характеристик с позиций феномена сенсорной защиты и сенсорной модуляции [2, 4, 7, 10]. В последние годы прогресс в понимании молекулярного патогенеза КТС, идентификации мутаций и новые исследования по корреляции генотип-фенотип внесли значительное улучшение в наши знания о неврологических и поведенческих фенотипах, ассоциированных с КТС. Поведенческие фенотипы у детей с КТС представлены трудностями обучения, множественными проблемами поведения, включая нарушения сна, гиперактивность (встречается в 61% случаев), дефицит внимания, проблемы взаимодействия со сверстниками (59%), эмоциональные проблемы (38%), агрессивность, на-

рушения контакта и аутизм (37%), что представляет огромные проблемы для родителей. К поведенческим фенотипам также относятся повторяющиеся и ритмичные движения головой, покачивания, причудливые и бесцельные движения и более редко встречающиеся паттерны – самоповреждение при глубоких расстройствах нервно-психического развития, что часто сопровождается отсутствием речи [12, 19, 21]. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью – один из значительных синдромов нарушения поведения у детей с КТС, он встречается приблизительно в 20% случаев [21, 31]. Поведенческие трудности могут агравироваться лежащей в основе эпилепсией, но вместе с тем, вероятно, у большинства индивидуумов поведенческие проблемы отражают первичную манифестацию церебрального вовлечения. Связь КТС с аутизмом основывается на совместной встречаемости этих двух относительно редких нарушений. Причина этой связи остается неизвестной. Большинство описанных детей с КТС и аутистиподобным поведением имели инфантильные спазмы и трудности обучения. Поднимается вопрос о когнитивных нарушениях как первичной причине аутизма и поведенческих проблем [11]. Хотя патогенез аутизма у пациентов с припадками и трудностями обучения все еще остается загадкой, возможно, что и аутизм, и трудности обучения, и эпилепсия являются разными симптомами одной и той же дисфункции мозга. Аутизм, по-видимому, чаще встречается у младенцев с туберсами лобной или височной локализации, а потому предполагают, что ранняя дисфункция в ассоциативных зонах из-за локализации кортикальных туберсов может отвечать за аутистические проявления [8, 12, 30]. Альтернативное объяснение заключается в том, что поведенческий фенотип, обнаруживаемый при КТС, отражает более прямые эффекты аномальной генетической программы. Недавно стал очевидным четкий генетический компонент аутизма, с высокой конкордантностью у монозиготных близнецов, низкой конкордантностью у дизиготных близнецов и 3–7% повторного риска в семьях с первичным истинным аутизмом. Этот повторный риск ниже 25–50% ожидаемого риска для примеров менделевского наследования. В связи с результатами, полученными близнецовым методом, предполагается, что аутизм – генетически гетерогенное мультигенное заболевание, являющееся следствием аддитивного и эпистатического эффекта многих различных генов и ограниченного компонента окружающей среды. Распространенность оценивается на уровне от 0,4 до 2 на 1000 детей с четким, но пока еще необъяснимым преобла-

данием лиц мужского пола (от 5:2 до 4:1). Простая калькуляция ожидаемой частоты аутизма при КТС малоинформативна, поскольку два независимо встречающихся состояния имеют уровень индивидуальной встречаемости 2/1000 и 1/6000, соответственно. Процентное отношение аутичных детей, имеющих также КТС, неизвестно. Различные исследования показали, что от 1,1 до 4% субъектов с аутизмом могут иметь КТС [5, 13, 17]. Наоборот, исследования пациентов с КТС идентифицировали значительно более высокий уровень аутизма, что колеблется в известных пределах от 5–17 до 61% [8, 9, 19, 32]. Самая высокая встречаемость, отмеченная Gillberg et al. [19], могла быть следствием низкого порога для диагностики аутизма в данной популяции, куда включались аутистикоподобные состояния и синдром Аспергера. Считается, что обработка сенсорной информации у детей с первазивным нарушением развития и аутизмом происходит аномальным образом. Ряд авторов [3, 4, 6, 15, 16] отнесли плохую обработку сенсорных ощущений к первазивным нарушениям развития; другие [15, 24, 25, 35] изучали эффективность влияния сенсорной стимуляции или процедур сенсорной интеграции на данную функцию у детей с первазивным нарушением развития и аутизмом. В целом, полученные результаты относительно позитивны, они колеблются от снижения напряжения и тревоги [15] или самостимулирующего поведения [25, 35] до улучшения социального взаимодействия, подходов к новым активностям и способности к удержанию или способности радоваться и улучшению качества движения [24].

Мы наблюдали 9 пациентов (7 мальчиков, 2 девочки), диагноз которых удовлетворял диагностическим критериям для комплекса туберозного склероза [28] согласно их диагностической важности (табл. 1). Диагноз КТС можно считать истинным при выявлении как 1 первичного критерия, так и 2 вторичных критериев или 1 вторичного и 2 третичных критериев.

Средний возраст пациентов на момент начала реабилитации составлял 4 года (от 2 лет 7 мес до 6 лет). Мы проанализировали нервно-психические функции в рамках теории сенсорной интеграции. Катамнез наблюдения от 1 до 5 лет. Дети обследованы в комплексе, включая педагогическое, психологическое, логопедическое, неврологическое и психиатрическое клиническое обследование с проведением скрининга ЭЭГ, УЗИ внутренних органов, КТ/МРТ головного мозга. Неврологическое обследование проводилось с прицельным

изучением профиля двигательного функционирования и нарушения переработки сенсорной информации. Измерения сенсорной модуляции проводилась по укороченной версии Сенсорного профиля [14] и нестандартизированными методами путем наблюдения и оценки возможностей ребенка. Диагностика осуществлялась на основе: опроса; заполнения опросников; определенных тактильных проб, во время которых проводилось наблюдение за поведенческими реакциями; исследований сенсорных способностей; наблюдения за ребенком во время сенсорных игр. При составлении индивидуальной программы развития мы сопоставляли неврологическое обследование с психологической, педагогической и психиатрической информацией. Оценка ребенка может быть эффективной, только если она проводится командой специалистов. В абилитацию детей с КТС и ССЗ включалась сенсорная терапия. Кроме того, при определении границ интервенции необходимо учитывать соматические нарушения и степень их компенсации.

**таблица 1. Диагностические критерии для комплекса туберозного склероза (по Roach et al, 1992)**

первичные критерии	Лицевые ангиофибромы <sup>1</sup> Кортикальные туберсы (гистологически подтвержденные) Субэпендимальный узел или гигантоклеточная астроцитома (гистологически подтвержденная) Множественные кальцифицированные субэпендимальные узлы (радиографически очевидные) Множественные ретинальные астроцитомы <sup>2</sup>
вторичные критерии	Пораженные родственники первой степени родства Рабдомиома сердца (гистологически или радиографически подтвержденная) Другие ретинальные гамартомы или ахроматические пятна Церебральные туберсы (радиографически подтвержденные) Шагреновые пятна Бляшки лба Лимфангиомиоматоз (гистологически подтвержденный) Ангиомиолипома почек (радиографически или гистологически подтвержденная) Цисты почек (гистологически подтвержденные)

<sup>1-2-3</sup> Гистологического подтверждения не требуется, если клинически повреждение очевидно.

третичные критерии	Гипомеланотические пятна Поражения кожи по типу «конфетти» Цисты почек (радиографически подтвержденные) Пятна эмали коренных и/или перманентных зубов Гамартомные полипы прямой кишки (гистологически подтвержденные) Цисты костей (радиографически подтвержденные) Лимфангиоматоз легких (радиографически подтвержденный) Миграционные тракты церебрального белого-серого вещества или гетеротопии(радиографически подтвержденные) Фибромы языка <sup>3</sup> Гамартомы других органов (гистологически подтвержденные) Инфантильные спазмы
--------------------	---

Инициально все дети обратились за помощью в связи с отсутствием речи, задержкой развития и эпилепсией: сочетание указанных расстройств послужило основанием для отказа в приеме в логопедические детские сады. Клинический полиморфизм детей с КТС представлен в табл. 2. Обращает на себя внимание высокая встречаемость синдрома аутизма, синдрома дефицита внимания, ретардации речевого онтогенеза, симптоматической эпилепсии (средний возраст дебюта приступов – 6 месяцев; ремиссия достигнута у 4 пациентов), синдрома нарушения поведения и умственной отсталости различной степени выраженности.

*таблица 2. Клинический полиморфизм синдромов пациентов с туберозным склерозом (при первичном осмотре)*

синдромы \ пациенты	1	2	3	4	5	6	7	8	9
симптоматическая эпилепсия	+	+	+	+	+	+	+	+	+
– инфантильные спазмы (возраст дебюта)	+	+		+	+		+		
	(с 5 мес.)	(с 4 мес.)	(с 3 мес.)	(с 8 мес.)	(с 7 мес.)	(с 6 мес.)	(с 3 нед.)	(с 12 мес.)	(с 3 мес.)
умственная отсталость:									
– легкая	+	+				+			
– умеренная			+		+		+	+	
– глубокая				+					+
органический аутизм	+	+	+	+	+	+	+	+	+

расстройство экспрессивной речи	+	+	+	+	+	+	+	+	+
синдром дефицита внимания и гиперактивности	+					+	+	+	+
синдром дефицита внимания			+	+	+				
синдром инсомнии			+	+		+	+	+	
синдром двигательных нарушений								+	+
рабдомиомы сердца	+	+			+	+		+	+
врожденный порок сердца	+				+				
ангиолипоматоз почек			+	+		+		+	
поликистоз почек	+			+		+			

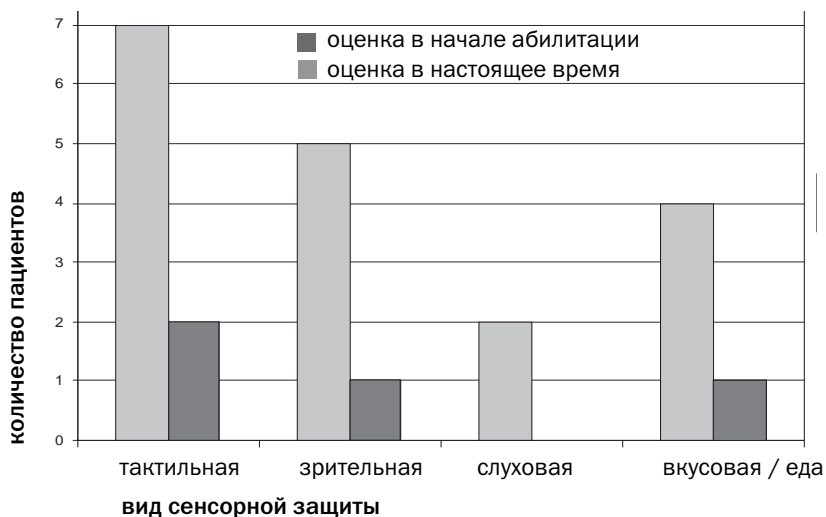
Анализ ранних анамнезов детей выявил сбой аффективного развития во взаимодействии диады «мать–дитя» вариативной степени выраженности (в узнавании матери, приспособлении к ее рукам, активном требовании контакта с ней, «аффективном заражении», выделении «своих – чужих» и т.д.). На каждом следующем этапе развития ребенка тот или иной механизм аффективной регуляции становился в большей степени важным для адаптации к окружению. По данным литературы, у детей с ранним детским аутизмом психомоторное развитие до 1,5 лет часто укладывается в положенные сроки [1]. В группе детей с КТС обращает на себя внимание ретардация формирования основных статолокомоторных функций (7 детей), в 1 случае – асинхрония развития и еще в 1 случае – ранняя вертикализация. Синдром аутизма у всех 9 пациентов в исследуемой нами группе имеет общие радикалы, выраженные в большей или меньшей степени, в связи с чем их изучение, поиски поведенческих и онтогенетических закономерностей можно считать правомерными.

В этом исследовании мы сконцентрировали внимание на проявлениях синдрома сенсорной защиты у детей с КТС – как наиболее характерного типа нарушения сенсорной модуляции – и его динамике в процессе абилитации. Синдром сенсорной защиты впервые описан Wilbarger & Wilbarger (1990, 1991) как «тенденция давать негативную

реакцию, часто сопровождающуюся тревогой, в ответ на сенсорные стимулы, которые обычно считаются не представляющими угрозы и не вызывающими раздражения». Таким образом, синдром включает саму сенсорную защиту, а также поведенческие реакции, которые обусловлены этой дисфункцией [22, 23]. Класс нарушений, характеризующийся сенсорной защитой и наличием аффективных сенсорных нарушений, мы предлагаем называть синдромом сенсорной защиты. Хотя термин сенсорной защиты не имеет широкого распространения, понятие синдрома, под которым понимается сочетание определенных симптомов [26, 27], использовалось и ранее применительно к сенсорной защите, в частности, в работах Wilbarger & Wilbarger (1990).

Синдром сенсорной защиты наблюдался у 9 детей с КТС [6, 33]. Сенсорная защита – наиболее общий дефицит сенсорной модуляции. Сенсорная защита часто связывается с плохой обработкой стимулов лимбической и ретикулярной системами. Часто это включает гиперреактивность на свет или неожиданное касание, высокочастотные звуки, определенные зрительные стимулы или определенные запахи или вкусы. Разнообразие поведенческих или эмоциональных ответов связано с сенсорной защитой. На рис. 1 приведены проявления сенсорной защиты различной модальности в динамическом контексте.

*рисунок 1. Динамика показателей явлений сенсорной защиты у пациентов с КТС*





Таким образом, у всех 9 детей с КТС и синдромом аутизма выявлялись симптомы сенсорной защиты различной направленности и степени (чаще – тактильная и зрительная), что помогало в выстраивании последовательности и типа коррекционной методики. Динамика наблюдения демонстрирует элиминацию проявлений сенсорной защиты: тактильной – в 3,5 раза; зрительной – в 5 раз. Измерять результаты достижений в процентах ввиду малочисленности исследованной группы нам кажется нецелесообразным. Другие виды нарушения сенсорной модальности встречались у каждого второго ребенка и также имели позитивную динамику.

Кроме того, дети с КТС и с нарушением переработки сенсорной информации демонстрируют 3 портрета: гиперсенситивный (5 детей), гипосенситивный (4 детей), а также – смешанный вариант, который отмечен нами после проведения реабилитационных воздействий с акцентом на сенсорную сумму.

Дисфункция сенсорной интеграции усиливает проблемы, имеющиеся у детей с КТС. Для определения того, какие проблемы относятся к сенсорной переработке, а какие – нет, необходима тщательная диагностика. Многие симптомы дисфункции СИ выглядят как симптомы других часто встречающихся нарушений. Множество симптомов перекрываются, и бывает действительно трудно произвести дифференциацию между различными нарушениями (например, синдромом дефицита внимания и гиперактивности; зрительными проблемами, влияющими на обучение; аллергией; проблемами обмена веществ и недостаточностью витаминов; поведением, встречающимся у нормальных детей).

Принимая во внимание степень тяжести синдрома сенсорной модуляции у детей с КТС и наличие коморбидных состояний в виде умственной отсталости и эпилепсии, мы предлагаем модифицированную методику нейрореабилитационной работы для детей с комплексными нарушениями развития – мультидисциплинарную терапию. Вследствие этого, терапия для таких детей ориентирована на создание возможности для восприятия собственного тела. Мы применяем элементы базальной стимуляции, сенсорной интеграции, ингибцию, стимуляцию, фасилитацию (концепция Бобат) – в различной последовательности и соотношении.

Иллюстрацией может служить пример из практики динамической оценки поведенческого фенотипа у ребенка с туберозным склерозом и синдромом сенсорной защиты.

Мама и бабушка мальчика Д., 1998 г. р. (7 лет) обратились в Центр лечебной педагогики за помощью, когда ребенку было 2 года 7 месяцев. Жалобы заключались в отставании развития, отсутствии речи, гиперактивности и крайней невнимательности ребенка.

С первого года жизни он наблюдался с диагнозом: туберозный склероз, генерализованная симптоматическая эпилепсия (инфантильные спазмы), синдром дефицита внимания с гиперактивностью, задержка психо-речевого развития. Получал противоэпилептическое лечение – депакин, сабрил.

*Anamnesis vitae:* от молодых, здоровых родителей, первой беременности, протекавшей на фоне гестоза второй половины, высокого тонуса матки. Роды срочные, со стимуляцией, безводный период 10 часов. Родился с весом 3510 г, длиной 52 см, оценка по шкале Апгар 7/8. До дебюта инфантильных спазмов в 4,5 мес. психомоторное развитие соответствовало нормативам, затем стал отмечаться регресс развития.

Основные этапы развития: сел – в 11 мес., ходит – с 16 мес., первые слова – к 2 годам.

*Anamnesis morbi:* с 4,5 мес. до 8 мес. – эпилептические генерализованные приступы; в возрасте 4 лет 3 мес. – abortивный судорожный фебрильный приступ, сложный парциальный по структуре, в дальнейшем – редкие, 1 раз в 1,5 года. Проводилось противоэпилептическое лечение: синактен-депо, депакин, сабрил. Последние 2 года достигнута ремиссия приступов, родители самостоятельно отменили лечение.

*Объективно:* при первичном обращении (возраст 2 года 7 мес.) находился на противоэпилептическом лечении сабрилом 1250 мг/сутки, на ЭЭГ – отсутствовала эпилептическая активность.

## **Первое наблюдение за ребенком в Центре**

В контакт с педагогом не вступает. Контакт с мамой есть: носит ей игрушки, играет с ней в мяч, по ее просьбе произносит звукосочетания («кар-», «би-», «у-у»), просится на руки. Игрушками интересуется мало: с удовольствием кидает их, пинает ногами; катает машинки. Дома играет в машинки, слушает сказки. Быстро истощается. Собственная речь – звукосочетания; если что-то нужно – ноет, падает на пол. Умеет сам есть, но самостоятельно ест только вкусное (йогурты), кашу есть отказывается; остальное ест, но приходится кормить. На горшок не просится: терпит, пока мама не посадит. Мочеиспускание

редкое. Одеваться не умеет. Спит хорошо, но вечером долго засыпает (с тех пор как отняли соску).

В неврологическом статусе – симптоматика флюктуирует: избегает зрительного контакта, оптомоторных нарушений не выявлено, конвергенция сохранена, лицо симметрично, язык по средней линии. Диффузная мышечная гипотония. Сухожильные рефлексы в ногах живые, симметричные. Левая рука более активна. Стато-локомоторная компетентность неравномерная. Крайняя гиперактивность. Выражены явления сенсорной защиты (тактильной, зрительной, слуховой, вкусовой).

Составлен план занятий: групповые занятия ЛФК, музыка, ручная деятельность; индивидуальные занятия с игротерапевтом с сенсорной направленностью.

На занятия ходит с бабушкой, отпускает ее с трудом. В группе с детьми долго не задерживается, убегает. Любит горку, машинки. Не может присоединиться к чужой игре, не наблюдает за детьми.

## Сенсорный опросник

Мама, бабушка и специалисты заполнили опросник. Исходя из этих данных, все сенсорные воздействия были в той или иной степени дискомфортны для Д.

*таблица 3. Данные по сенсорному опроснику, полученные при первичном знакомстве (возраст 3 года)*

<b>область</b>	<b>наблюдения родителей, специалистов</b>
слух	Д. начинал нервничать, когда слышал громкие звуки, при наличии шума его состояние ухудшалось (начинал кричать, бегать). Аутоагрессия появлялась в ответ на изменение ситуации или превышение сенсорного порога любой модальности (кусал себя за руки, бился головой, кричал).
зрение	Избегал зрительного контакта («ускользание взгляда»).
вкус / еда	Проявлял большую избирательность в еде, отказывался пробовать что-то новое. Ел только йогурты, отказывался есть кашу.
осязание	Проявлял избирательность в одежде по текстуре, отказывался от новой одежды. Если кто-то к нему прикасался, приходил в возбуждение, «верещал» (длительное время кричал высоким монотонным голосом).

моторика	Избегал изменения двигательных стереотипов (доверял раскачивать себя только в знакомой привычной ситуации). Проблемы с планированием моторных программ.
эмоционально-социальная сфера	У Д. выраженные длительные (до 1,5 года), устойчивые страхи на каждом объекте –лопухи, лампочки; страх новых ситуаций и выраженных изменений любого стереотипа. Отсутствовал интерес к детям и животным.
уровень активности	Поведение напоминало полевое, контакта и наблюдения за детьми не было, игра отсутствовала.
речь	Звукосочетания, лепет. Голос высокий.

В возрасте 2 лет 7 месяцев Д. был взят на курс диагностических занятий, в результате которых была составлена индивидуальная программа абилитации – начал работать с музыкальным терапевтом и в керамической мастерской. Д. долго адаптировался к группе, привыкал к требованиям педагогов, присматривался к детям, с трудом отпускал от себя родителей.

*таблица 4. Данные по сенсорному опроснику, полученные через 2 года (возраст 5 лет)*

<b>область</b>	<b>наблюдения родителей, специалистов</b>
слух	Возросла толерантность к резким стимулам.
зрение	Стал доступен непродолжительный зрительный контакт.
вкус / еда	Появилась возможность преодоления страхов перед новыми видами еды, но не включает новую пищу в постоянный рацион.
осязание	Повысилась толерантность к текстуре одежды (стал легче соглашаться надевать новую одежду).
моторика	Походка своеобразная – мелодия движения прерывистая, двигается как «марионетка», бегаёт подскоками, стали доступны синхронные прыжки на обеих ногах. Сохраняется слабость взаимодействия рук.
эмоционально-социальная сфера	Трансформация и снижение глубины аутоагрессивного поведения (кусал одежду до дыр; реже кричал ввиду общего повышения толерантности к сенсорным стимулам любой модальности). Начал обращать внимание на других детей (активно длительно наблюдает без участия, не выбегает из комнаты, но вместе с тем при попытках вовлечения в игру проявляет негативные реакции: кричит, уходит от контакта).

уровень активности	Расширился стереотип поведения, гиперактивность стала сопровождаться контактами и наблюдениями за детьми, игра отсутствовала.
речь	Звукосочетания, лепет. Голос высокий.

С 6 лет начал заниматься в группе ЦЛП (еще 8 человек), продолжая занятия музыкотерапией, лепкой в керамической мастерской, двигательной терапией. Также сохранились индивидуальные занятия с нейропсихологом, игровым терапевтом. За время занятий наблюдается положительная динамика развития. Д. стал более активным, самостоятельным. Мотивирован на результат, стремится достичь его самостоятельно, в большинстве случаев отказывается от помощи, даже при возникновении трудностей. В процессе абилитации инициальное внимание было уделено сенсорным проблемам, которые частично являлись причиной нарушения, а частично значительно его усиливали. Своевременная диагностика дисфункции сенсорной модуляции внесла позитивный вклад в разработку индивидуальной программы интервенции.

*таблица 5. Данные по сенсорному опроснику, полученные через 4,5 года коррекционной работы (возраст 7 лет)*

<b>область</b>	<b>наблюдения родителей, педагогов</b>
слух	Возросла толерантность к резким стимулам, компенсация.
зрение	Остаточные трудности длительного зрительного контакта.
вкус / еда	Сохраняет консервативные привычки в еде, самостоятельно ест без повышенной избирательности.
осязание	Остаточные элементы гипосенситивности (фрагментарно). Исчезли аутоагрессивные реакции (бьется головой), компенсация.
моторика	Походка своеобразная – мелодия движения прерывистая, двигается как «марионетка», бегает подскоками, стали доступны прыжки на правой ноге. Сохраняется слабость взаимодействия рук.
эмоционально-социальная сфера	Появились попытки постоять за себя, наблюдает за другими детьми, присоединяется к их игре, выполняет отдельные действия.
уровень активности	Расширились стереотипы поведения, доступен перенос освоенного действия из одной ситуации в другую. Стал лучше вести себя в подготовительной группе к массовой школе, удерживается на групповых занятиях.

речь	Речь развернутая, грамматически оформленная фраза при ответах на вопросы. В собственной речи – короткие фразы, штампы; о себе чаще говорит в первом лице. Словарный запас расширился. Слоговая структура речи в целом сохранна, в длинных словах иногда делает перестановки слогов. Сохраняются отдельные трудности согласования. Многоречив.
------	---

В настоящее время, наряду с ЦПП, Д. посещает подготовительный класс, готовится к поступлению в общеобразовательную школу с малым наполнением класса. Готовность обучаться в школе – это высокая социальная адаптация для ребенка с множественными психоневрологическими проблемами.

## Обсуждение

Вышеприведенный случай иллюстрирует проведение диагностики синдрома сенсорной защиты, который был описан Wilbarger & Wilbarger (1990, 1991). От точности диагноза зависит то, насколько успешным окажется терапия. Ряд авторов предлагают разделение уровней ССЗ, выделенных Wilbarger & Wilbarger. Класс 1 – «Чистый» синдром сенсорной защиты, имеющий две степени выраженности: легкую и умеренную. Класс 2 – «Иные клинические состояния с признаками синдрома сенсорной защиты». Используя эту классификацию, случай Д. можно отнести ко 2-му классу.

У Д. нет «чистого» синдрома сенсорной защиты, а выявлены изменения процессов переработки сенсорной информации в сочетании с другими клиническими состояниями, затрагивающими центральную нервную систему – эпилепсия (в стадии безмедикаментозной ремиссии), легкая интеллектуальная недостаточность, явления аутичного дизонтогенеза. Лечение ССЗ было направлено как на саму сенсорную защиту, так и на сопровождающие ее поведенческие особенности. В случае Д. лучших результатов удалось добиться, когда наряду с работой, направленной на сенсорную защиту, проводилась также модификация среды. После проведения сенсорной терапии уровень активности и целенаправленности резко возрос с последующей его стабилизацией на уровне, превосходящем тот, что был до лечения.

В нашем примере, когда терапия сенсорной защиты содействует общему лечению, полная нормализация процессов переработки

сенсорной информации, видимо, невозможна. И тем не менее, учитывая отчетливую положительную динамику в речевой, коммуникативной, двигательной, эмоциональной, сенсорной компетентности, мы считаем, что выбор терапевтической стратегии с акцентом на технике сенсорной суммации подтверждает ее высокую эффективность.

## Литература

1. *Лебединская К.С., Никольская О.С.* Диагностика раннего детского аутизма. – М.: Просвещение, 1991.
2. *Ayres J., Tickle L.* (1980) Hyper-responsivity to touch and vestibular stimulation as a predictor of responsivity to sensory integrative procedures in autistic children. *American Journal of Occupational Therapy*, 34. P. 375–381.
3. *Ayres J.* (1975) *Sensory integration and learning disorders.* Los Angeles: Western Psychological Services.
4. *Ayres J.* (1979) *Sensory integration and the Child.* Los Angeles: Western Psychological Services.
5. *Baker P., Piven J., Sato Y.* (1998) Autism and tuberous sclerosis complex: prevalence and clinical features. *J Autism Dev Disord* 28(4): 279–85.
6. *Baranek G.T., Foster L.G., Berkson G.* (1997) Tactile defensiveness and stereotyped behaviors. *Journal of Occupational Therapy*, 51. P. 91–95.
7. *Blanche E.I. & Schaff R.C.* (2001). Proprioception: A cornerstone of sensory integration intervention. P. 109–104.
8. *Bolton P.F., Griffiths P.D.* (1997) Association of tuberous sclerosis of temporal lobes with autism and atypical autism. *LLancet* 349:392–5.
9. *Calderon Gonzales R., Trevino Welsh J., Calderon Sepulveda A.* (1994) Autism and tuberous sclerosis. *Gac Med Mex* 130(5): 374–9.
10. *Cohn E., Miller L.J., Tickle-Degnen L.* (1999). Parental homes for therapy outcomes: Children with sensory modulation disorders. *American Journal of Occupational Therapy*, 56. P. 36–43.
11. *Curatolo P., Cusmai R.* (1987) Autism and infantile spasms in children with tuberous sclerosis. *Dev Med Child Neurol* 29: 550–1.
12. *Curatolo P., Cusmai R., Cortesi F., et al.* (1991) Neurologic and psychiatric aspects of tuberous sclerosis. *Ann NY Acad Sci* 615: 8–16.

13. *Curatolo P., De Luca D., Bottini N., Dowling M.M., Lucarelli P.* (2001a) Autism and tuberous sclerosis complex. *J Child Neurol* 16: 679.
14. *Dunn W.* (1997). The Sensory Profile: The performance of a national sample of children without disabilities. *American Journal of Occupational Therapy*, 51. P. 25–34.
15. *Edelson S.M., Edelson M.G., Kerr D.C.R., Grandini T.* (1999) Behavioral and physiological effects of deep pressure on children with autism: A pilot study evaluating the efficacy of Grandin's hug machine. *Journal of Occupational Therapy*, 53. P. 145–152.
16. *Fisher A.F., Murray E.A.* (1991). Introduction to sensory integration theory. P. 3–24.
17. *Fombonne E., Bolton P., Prior J. et al.* (1997) A family study of autism: cognitive patterns and levels in parents and siblings. *J Child Psychol Psychiatry* 38(6): 667–83.
18. *Funk & Wagnalls Standard Dictionary* (1991). New York: Funk and Wagnalls. P. 633.
19. *Gillberg I.C., Gillberg C., Ahlsen G.* (1994) Autistic behaviour and attention deficits in tuberous sclerosis: a population-based study. *Dev Med Child Neurol* 36: 50–6.
20. *Grandin T., Scariano M.M.* (1986) *Emergence: Labeled autistic*. Novato, C.A.: Atena.
21. *Hunt A., Dennis J.* (1987) Psychiatric disorder among children with tuberous sclerosis. *Dev Med Child Neurol* 29: 190–8.
22. *Kinnearly M., Oliver B., Wilbarger P.* (1995). A phenomenological study of sensory defensiveness in adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 49. P. 444–451.
23. *Lane S.J., Miller L.J., Hanft B.E.* (2000). Towards a consensus in terminology in sensory integration theory and practice: Part 2: Sensory integration patterns of function and dysfunction. *Sensory Integration Special Interest Section Quarterly*, 23. P. 1–3.
24. *Linderman T.M., Stewart K.B.* (1999) Sensory integrative-based occupational therapy and functional outcomes in young children with pervasive developmental disorders: A single-subject study. *Journal of Occupational Therapy*, 53. P. 207–213.
25. *McClure M. & Holtz-Yotz M.* (1991) Case report – The effects of sensory stimulation treatment on an autistic child. *Journal of Occupational Therapy*, 45. P. 1138–1142.
26. *McIntosh D.N., Miller L.J., Shyu V., Dunn W.* (1999). Overview of the short sensory profile (SSP). P. 59–73.



27. Random House College Dictionary (1975). Revised edition. New York: Random House, 1975.
28. *Roach E.S. et al.* (1992) Report of the diagnostic criteria committee of the National Tuberous Sclerosis Association. *J Child Neurol* 7: 221–4.
29. *Royeen C., Lane S.* (1991) Tactile Processing and sensory defensiveness. In Fisher A., Murray E., Bundy A. *Sensory integration. Theory and practice.* P. 108–133.
30. *Seri S., Cerquiglini A., Pisani F., Curatolo P.* (1999) Autism and tuberous sclerosis: evoked potential evidence for a deficit in auditory sensory processing. *Clin Neurophys* 110: 1825–30.
31. *Smalley S.L., Tanguay P.E., Smith M., Gutierrez G.* (1992) Autism and tuberous sclerosis. *J Autism Dev Disord* 22: 339–55.
32. *Webb D.W., Fryer A.E., Osborne J.P.* (1996) Morbidity associated with tuberous sclerosis: a population study. *Dev Med Child Neurol* 38: 146–55.
33. *Wilbarger P., Wilbarger J.* (1991). *Sensory defensiveness in children aged 2–12. An intervention guide for parents and other caretakers.* Denver: Avanti Educational Programs.
34. *Wilbarger P., Wilbarger J.* (1990) *Introduction to sensory defensiveness (Audi-tape).* Denver: Avanti Educational Programs.
35. *Zissermann L.* (1992) The effects of deep pressure on self-stimulating behaviors in a child with autism and other disabilities. *American Journal of Occupational Therapy*, 46. P. 547–551.

# Развитие саморегуляции в детском возрасте

Д.В. Ермолаев, Е.И. Рассказова, Т.М. Ратынская

Данная статья является теоретическим обоснованием планируемой исследовательской работы. В начале нашей статьи мы представляем обзор литературы, посвященной определению термина саморегуляция и исследованию саморегуляции у детей дошкольного и младшего школьного возраста в отечественной психологии (Л.А. Дикая, Е.А. Сергиенко, В.В. Николаева, А.Ш. Тхостов и др.) и в зарубежной (Р. Баркли, Н. Айзенберг, М. Ротбарт, М. Бронсон, Б. Компаса, С. Лозойя и др).

Затем мы предлагаем выделить три направления в исследовании функции саморегуляции у детей:

1) исследование управляющих функций (функции программирования и контроля);

2) исследования эмоциональной регуляции;

3) исследование телесной регуляции.

Далее мы подробно описываем каждое направление, указывая в конце каждого раздела методики, используемые для диагностики данного вида регуляции в детском возрасте.

Нужно отметить, что многие из детей, с которыми мы работаем, не пользуются речью. Поэтому в рамках нашей профессиональной деятельности возникает настоятельная необходимость в невербальных диагностических инструментах для детей дошкольного и младшего школьного возраста.

## Вступление

К проблеме саморегуляции мы обратились в результате длительного опыта коррекционной работы с детьми с тяжелыми нарушениями развития (РДА, генетические синдромы, органическое поражение ЦНС, эпилепсия, сочетанные нарушения и др.). Нужно отметить, что у большинства таких детей наблюдаются нарушения эмоционально-волевой сферы, в основе которых лежат нарушения саморегуляции. В Центр лечебной педагогики, где мы работаем, обращаются родители детей преимущественно дошкольного возраста с жалобами на

отставание в развитии, отсутствие речи, сложности организации поведения ребенка дома; на неусидчивость, трудности установления эмоционального контакта, необщительность ребенка.

Начиная посещать занятия, ребенок сначала занимается индивидуально с психологом. Очень важный этап, на который мы всегда обращаем внимание, – установление личных эмоциональных отношений ребенком именно с тем взрослым, с которым ребенок занимается индивидуально. Затем взрослый, которому ребенок доверяет, постепенно вводит ребенка в группу. К групповым занятиям добавляются по необходимости индивидуальные занятия дефектолога, нейропсихолога, лечебная физкультура и т.п. Цель занятий ребенка в Центре – подготовка его к школе, к обучению в классе как первый шаг на пути интеграции ребенка с нарушениями развития и его семьи в общество. Основные задачи, которые мы решаем на занятиях, – это развитие дефицитарных звеньев психических функций и формирование компенсаторных механизмов, позволяющих реализовывать данные психические функции ребенка, компенсация основного нарушения. При выявлении и развитии возможностей компенсации имеющихся нарушений мы опираемся на нейропсихологические методы анализа нарушения высших психических функций.

Одной из центральных проблем у детей, с которыми мы работаем, мы считаем несформированность процесса саморегуляции. Основной задачей данной статьи является обобщение существующих исследований саморегуляции и их соотнесение с проблемами, с которыми мы сталкиваемся в практической работе.

## **Определение саморегуляции**

### **1. Общие определения саморегуляции**

Первые определения саморегуляции появляются с развитием кибернетики и описывают саморегуляцию любой системы, живой или неживой (Д.А. Леонтьев, 2006). К числу таких «широких» определений относится определение Д.А. Леонтьева (2006): «*Регуляция системы* – приспособительное изменение параметров ее функционирования в зависимости от изменения параметров окружающей среды, включающее пять основных элементов: регулируемый процесс, заданные критерии регуляции, наличие механизма обратной связи, наличие механизма сличения состояния системы с критерием регуляции (на-

сколько системный процесс соответствует поставленной цели), управляющее воздействие на процесс для восстановления (коррекция отклоняющегося системного процесса в соответствии с поставленной целью) соответствия результата исходным критериям. При регуляции источник управляющего воздействия лежит вне процесса, при саморегуляции система регулирует себя сама».

Согласно более узким определениям, психологическая саморегуляция человека понимается как активность, которая может включать как внутренние процессы, так и процессы, связанные с взаимодействием, обеспечивающие способность человека управлять своей деятельностью в разных условиях в течение длительного времени (P.Karoly, 1993).

Некоторые отечественные исследователи относят к саморегуляции и произвольные, и произвольные процессы (например, Л.А. Дикая; 2002, А.О. Прохоров, 2005; А.В. Семенович, 2005), тогда как другие – только произвольные.

Как указывает Б.В. Зейгарник (Б.В. Зейгарник, 1981), *психологическая саморегуляция невозможна без рефлексии, и значит, должна быть произвольной и сознательной. Психологическая саморегуляция – это сознательный процесс, направленный на управление собственной активностью.* Непроизвольная или неосознаваемая регуляция рассматривается в работах этих исследователей как нарушение саморегуляции: например, рассогласование сознательной регуляции и неосознаваемых защитных механизмов приводит к нарушению саморегуляции при неврозах.

Мы принимаем данное определение как задающее цель нашей работы, однако в работе с детьми нам очень помогает представление о многоуровневой организации системы саморегуляции и ее истоках, лежащих за пределами осознания.

В.И. Моросанова (2001) предлагает еще более узкое определение: «Саморегуляция произвольной активности человека – ... системно организованный психический процесс по инициации, построению, поддержанию и управлению всеми видами и формами внешней и внутренней активности, которые направлены на достижение поставленных субъектом целей». Иными словами, саморегуляция сводится к деятельности по достижению целей, и из определения саморегуляции исключаются мотивы, смыслы, ценности человека. Несмотря на то что это определение отвечает теоретическим моделям, получившим подтверждение в исследованиях (О.А. Конопкин, В.И. Мо-

росанова), еще Б.В. Зейгарник (1981) писала о важности учета личностных, а не только операционально-технических механизмов саморегуляции – рефлексии и смыслового связывания (в деятельности с недостаточно сильным мотивом требуется привлечение дополнительных смыслов), которые требуют «выхода» человека за пределы поставленных целей, отстранения и привлечения внимания к другим мотивам и целям. Например, если человеку не хочется проспать рано утром, он может вспомнить, для чего еще ему нужно встать, – рефлексией в этом случае будет осознание всех имеющихся мотивов, а смысловым связыванием – добавление к мотиву проснуться новых мотивов. Например, если я сейчас рано встану, то тогда я всю работу сделаю сегодня, а завтра выплещу.

Далее рассмотрим, насколько определение Б.В. Зейгарник применимо в возрастной психологии и психологии аномального развития.

## **2. Определение саморегуляции в возрастной психологии**

Вопрос об определении саморегуляции в возрастной психологии вызывает еще большие трудности. Очевидно, что структура саморегуляции у ребенка и взрослого различна, многие ее звенья могут быть бессознательными и произвольными. Классический пример – исследования развития внутренней речи Л.С. Выготским (2000, 2003). Управление своим поведением при помощи внутренней речи развивается через промежуточное звено – эгоцентрическую речь, когда ребенок говорит «для себя», но вслух.

Итак, вслед за Б.В. Зейгарник *мы понимаем под саморегуляцией процесс произвольного управления собственной активностью, имеющий, однако, свои исторические предпосылки и условия*. Поэтому в исследованиях необходимо рассматривать те формы и элементы произвольной регуляции, которые предваряют развитие саморегуляции (В.Е. Сомпас, 1998).

В возрастной психологии понятие саморегуляции иногда рассматривается, исходя из способностей, которыми овладевает ребенок. Так, П. Фонаджи и М. Тарджет (P. Fonagy & M. Target, 2002) понимают под саморегуляцией способность ребенка:

- 1) контролировать свои реакции на стресс,
- 2) поддерживать фокус внимания,
- 3) понимать психическое состояние свое и других.

В каждом возрасте нормативные показатели уровня развития этих способностей будут различаться. В целом, критерии развитой са-

морегуляции – умение справиться со стрессом, выбирая продуктивные стратегии поведения (планирование, переоценку и т.п.), поддержание фокуса внимания в течение длительного времени, понимание и умение описать свое и чужое состояние, умение ориентироваться на свое и чужое состояния в деятельности.

Это определение описывает саморегуляцию в терминах способностей, при этом не учитывается весь процесс развития саморегуляции. Ребенок оценивается с точки зрения способностей, которыми он овладел или не овладел. На наш взгляд, такое определение чрезмерно сужает область исследования, поэтому мы его не используем.

## **Области исследования саморегуляции**

Анализируя отечественные и зарубежные источники, посвященные исследованию саморегуляции, можно выделить несколько областей исследования.

В отечественных исследованиях психологической саморегуляции выделяются две предметные области: *саморегуляция деятельности* (О.А. Конопкин, В.И. Моросанова, Б.В. Зейгарник и другие) и *саморегуляция функциональных состояний* (Л.А. Дикая, А.Б. Леонова, А.О. Прохоров и др.). Также можно выделить третьи направления исследований: *телесная регуляция и регуляция физиологических процессов* (В.В. Николаева, А.Ш. Тхостов).

В *саморегуляции деятельности* выделяются операционально-технический уровень регуляции, обеспечивающий целеполагание и целедостижение, и мотивационный уровень, обеспечивающий выбор деятельности и ее смысл, ее связь с системой смыслов и ценностей человека. Психические процессы (память, мышление, восприятие) рассматриваются как особые виды деятельности, также подлежащие регуляции. Критерием становления такой саморегуляции познавательной деятельности у ребенка является его способность самостоятельно организовывать свою деятельность: ставить и удерживать цели; планировать деятельность; выбирать и сохранять способы действий; осуществлять самоконтроль на всех этапах деятельности, оценивать процесс ее протекания и результат.

*Саморегуляция функциональных состояний* подразумевает исследование уже существующих ограничений деятельности – например, деятельность в условиях усталости, стресса, аффективного на-

пряжения. В этом случае *большее* внимание уделяется связи эмоций и деятельности, учитываются произвольные процессы, влияющие на саморегуляцию. К этой же области относятся исследования Р. Лазарусом и его последователями способов совладания со стрессом, или копинг-стратегий (R. Lazarus & S. Folkman, 1984).

Третье направление исследований, получившее развитие в последнее время, – *телесная регуляция и регуляция физиологических процессов* (В.В. Николаева, 1995; Т.Ш. Тхостов, 2002). Развитие ребенка предполагает развитие его телесности и частичное овладение физиологическими процессами. Такая саморегуляция включает в себя как произвольные, так и произвольные элементы. Характерный пример – саморегуляция в ситуации болезни. С одной стороны, за счет организации и контроля деятельности (например, лечения и контроля собственного состояния) больной действительно может значительно улучшить свое состояние. С другой стороны, в ситуации болезни со многими проблемами нельзя справиться напрямую. В этих случаях больному важно регулировать собственные состояния и переживания, и главное – отказаться от деятельности по преодолению болезни, если она неэффективна. Пример такой неэффективности – больной с нарушениями сна, который рассматривает все происходящее с ним с точки зрения влияния события на его сон (поможет или повредит?). Вся его система мотивации (по механизму сдвига «цели на мотив») начинает подчиняться одному мотиву – обеспечить хороший сон. Действия больного по саморегуляции могут быть неэффективны не потому, что плохо спланированы или недостаточно четко реализуются, а потому, что он пытается управлять болезнью, управлять своими физиологическими функциями (сон, питание, выделение и т.п.) напрямую, а это не всегда возможно. В детском возрасте нарушения развития телесности приводят, во-первых, к нарушениям саморегуляции деятельности (например, при недостаточно сформированной схеме тела у ребенка будут сложности с деятельностью, требующей учета пространственного расположения предметов и людей, координацией сенсорных и двигательной систем) и своего эмоционального состояния (если ребенку трудно различать, расстроен он, устал или радостен, сами эмоции будут бедными и плохо управляемыми).

Что касается зарубежных исследований, то М. Бронсон (M. Bronson, 2000), суммируя исследования в области регуляции поведения, выделяет следующие проблемные области: контроль когнитивных

процессов (развитие произвольного внимания, навыков самонаблюдения и решения проблем, научение), контроль поведения (следование указаниям взрослых, контроль своего поведения и эмоций в определенных ситуациях) и контроль просоциального (одобряемого в данном обществе) поведения и эмоционального состояния. Однако на практике поведение и деятельность исследуются в рамках каждого из трех нижеописанных направлений.

Анализ литературных данных в сопоставлении обобщениями, сделанными нами в ходе коррекционной работы с детьми с нарушениями развития, дал нам основание выделить три направления в исследовании саморегуляции:

– *исследование управляющих функций (функций программирования и контроля) (executive functions)*

– *исследование эмоциональной регуляции*

– *исследование телесной регуляции*

На наш взгляд, эти три направления согласуются как с исследованиями психологической саморегуляции (разделением саморегуляции деятельности, переживаний и телесной регуляции соответственно), так и исследованиями саморегуляции в возрастной психологии, в рамках которой эмоциональная регуляция и управляющие функции рассматриваются как связанные, но различные, функции. Разумеется, в реальности развитие телесной и эмоциональной регуляции и управляющих функций протекает в постоянном взаимодействии, о чем свидетельствуют и эмпирические исследования (N. Eisenberg, M. Rothbart, B. Compas etc.).

Близкую к нашей точке зрения разделяют Е.А. Сергиенко и Г.А. Виленская (Е.А. Сергиенко или Е.А. Сергиенко, Г.А. Виленская, 2001; Г.А. Виленская, 2008). Они выделяют три составляющие контроля поведения:

1) контроль действий (движений и поведенческих проявлений, включая построение схемы действия, исполнение, оценку результата и коррекцию),

2) когнитивный контроль (способность к анализу, предвосхищению, планированию и т.п.),

3) эмоциональный контроль (контроль выражения эмоций, эмоционального состояния и регуляция эмоций).

На наш взгляд, эта классификация имеет много общего с выделенными нами направлениями исследований. Когнитивная и эмоциональная регуляция разделяются практически всеми исследователями.



Контроль действий, на наш взгляд, в данной классификации неоднозначен. С одной стороны, он включает в себя контроль за движениями и телесными проявлениями, т.е. процессы телесной регуляции, с другой стороны – достаточно сложные процессы, такие как построение схемы действия, оценка и коррекция, которые, по нашему мнению, нельзя рассматривать вне процессов когнитивного контроля.

Далее подробно рассмотрим каждое из выделенных нами направлений исследования саморегуляции.

### **1. Управляющие функции (функции программирования и контроля) и саморегуляция деятельности**

*В этом разделе рассматривается структура управляющих функций (функции программирования и контроля), подробно описываются компоненты управляющей функции (функции программирования и контроля). Затем описывается развитие управляющих функций (функции программирования и контроля). Рассматриваются исследования К. Копп, М. Бронсон, А. Бандуры и работы Р. Баркли. Р. Баркли описывает модель развития управляющих функций (функции программирования и контроля) и изучает их нарушение на примере синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ). Также представлены исследования развития произвольного, или волевого, контроля как компонента темперамента в работах М. Ротбарт. Описаны отечественные исследования саморегуляции детей раннего возраста, проведенные Е.А. Сергиенко, Г.А. Виленской, Т.А. Строгановой. Рассматриваются методы диагностики управляющих функций (функции программирования и контроля) у детей.*

### **Структура управляющих функций (функции программирования и контроля)**

Существует два основных подхода к пониманию организации управляющей функции, или функции программирования и контроля. Согласно первому пониманию, эта функция рассматривается как единый блок управления всеми другими когнитивными функциями (в этом случае метафорически она рассматривается как дирижер оркестра (Baumeister R., Vohs, K., 2004).

Согласно альтернативной точке зрения, сама управляющая функция неоднородна и состоит из многих компонентов, что подтверждается клиническими данными: описаны несколько вариантов лобного синдрома, при которых структура функциональных нарушений различна.

Различные авторы выделяют разные компоненты управляющей функции, или функции программирования и контроля. Чаще всего называются (например, P. Dawson, R. Guare, 2004):

1) *иницирование*: побуждает начать использовать когнитивные способности или включиться в выполнение движений для получения желаемого результата. При отсутствии инициирования трудно включиться в деятельность (в отечественной литературе – медленная вработываемость);

2) *оценивание (gauge)*: необходимо для точной оценки требований задачи и подключения необходимых ресурсов для ее решения. При наличии трудностей оценивания требования задачи часто определяются или понимаются неправильно;

3) *распределение усилий (modulate effort)*: необходимо для того, чтобы затраченные усилия и энергия точно отвечали задаче;

4) *сосредоточение и избирательность внимания (focus and select)*: обеспечивает направление внимания на наиболее значимые аспекты окружения, ситуации и игнорирование менее важных деталей. Здесь важно, есть ли сосредоточение и на чем концентрируется внимание, а не насколько оно устойчивое;

5) *переключаемость (flexibility)*: обеспечивает переключение внимания и мышления (с одного предмета на другой) или переход к выполнению другого действия в связи с новыми, часто непредвиденными, требованиями ситуации. Недостаточность переключаемости приводит к ригидности, негибкости;

6) *оттормаживание (response inhibition)*: обеспечивает сопротивление импульсивным действиям, а также прекращение выполнения начатого в нужный момент. При слабости оттормаживания – импульсивность, повышенная отвлекаемость;

7) *устойчивость (sustain)*: способность удерживать внимание, продолжать деятельность (например, манипуляцию предметами), удерживать в памяти информацию и вспоминать ее, а также выполнять другие психические и двигательные операции в течение длительного времени;

8) *удержание (Hold)*: обеспечивает сохранение информации в рабочей памяти до тех пор, пока информация не будет переработана, либо сохранена в долговременной памяти, либо использована для принятия решения. При трудностях удержания отмечается непоследовательность и неэффективность работы с информацией, а также непоследовательность и неэффективность действий в ответ на поступающую информацию;

9) *манипулирование (manipulation)*: активное использование доступной информации, удерживаемой в сознании или постоянно поступающей извне. При слабом манипулировании доступная информация активно не используется;

10) *организация (organization)*: способность размещать или упорядочивать вещи или информацию в соответствии с определенной системой представлений;

11) *предвосхищение / планирование (foresee / planning)*: способность создавать маршрут движения к цели, используя информацию о текущем положении вещей и предвосхищение будущих событий. При слабости планирования имеют место трудности при решении новых задач, действия носят бессистемный характер, реализуются стереотипные программы действий;

12) *временная организация (time management)*: способность определять, сколько имеется времени, как его распределить и как уложиться в определенный срок. Она также включает осознание времени, его длительности (ощущение конкретного временного интервала);

13) *темповая организация (pace)*: осознание скорости действия и способность регулировать темп выполнения умственных или физических операций. При слабости темповой организации действия выполняются слишком быстро, слишком медленно или в меняющемся темпе;

14) *коррекция*: способность корректировать свои ошибки или изменять способ выполнения действий на основе получаемой информации.

### **Развитие управляющей функции (функции программирования и контроля)**

В целом, развитие компонентов управляющей функции состоит из нескольких этапов и сопряжено с развитием различных психических функций (табл. 1): если ребенок замечает последовательности и вы-

деляет причину какого-то события, может предсказать (антиципировать) его исход, он может управлять своими действиями. Уже в раннем возрасте дети могут достаточно устойчиво придерживаться одной цели и выполнять серию действий по ее достижению.

В числе наиболее ранних управляющих функций – самоактивация и межмодальные координации (например, зрительно-моторные координации). К. Копп (К. Корр, 1982) выделяет следующие ключевые компоненты развития саморегуляции: ранняя системная организация (формирование сенсомоторных координаций) и контроль возбуждения, формирование которых связано с поздним пренатальным периодом и первыми тремя месяцами жизни, развитие «комплаенс» (готовности следовать указаниям взрослых) в период 9–12 месяцев, появление контроля импульсов на втором году жизни. Более сложные формы саморегуляции развиваются в возрасте 3–4 лет и далее.

*таблица 1. Развитие управляющих функций и влияние среды  
[Источник: М.В. Bronson, 2000, p. 140]*

<b>развитие управляющих функций</b>	<b>влияние среды</b>
<b>младенчество</b>	
<p>начало организации опыта</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– замечают и начинают антиципировать повторяющиеся события и последовательности (если их действия вызывают один и тот же результат)</li> <li>– начинают формировать категории</li> <li>– замечают последовательности и влияние собственных действий на людей и предметы</li> <li>– замечают причинные влияния и экспериментируют с причинно-следственными событиями</li> </ul> <p>сдвиг от пассивного восприятия к активному поиску согласованности – попытки повторять действия, которые вызывают известный результат</p>	<p>оптимальный уровень стимуляции и согласованности (регулярность, привычность, порядок, предсказуемость) способствует развитию саморегуляции когнитивных процессов</p> <p>недостаточная или избыточная стимуляция или хаотическая (непредсказуемая) среда подавляют развитие когнитивной организации</p> <p>чуткое социальное и физическое окружение способствует развитию понимания контролируемости среды: если младенец часто видит те или иные реакции на свои действия, он раньше замечает последовательности и начинает пытаться вызывать тот или иной результат</p>

---

### ранний возраст

---

лучшается память  
лучше фокусируется внимание  
развивается речь  
выбирает цель и более последовательно пытается достичь ее  
начинает замечать прогресс в достижении цели  
сдвиг от проб и ошибок к простым стратегиям в деятельности  
активно исследует порядок и предсказуемость событий (замечает мелкие детали и изменения по сравнению с прошлым опытом, требует повторения)  
играет с паттернами и порядком (сортировка, разбиение на пары) и следствиями (порядок размеров, причина-следствие)

развитие саморегуляции когнитивных способностей зависит от согласованности и предсказуемости среды (паттерны, категории, привычки, правила, последовательности)  
богатая в речевом отношении среда способствует развитию когнитивной организации, в первую очередь за счет развития речи  
вовлечение в оптимально сложную деятельность (в зависимости от возраста и умений) способствует развитию принятия решений, целеполагания и целедостижения  
стратегии обучения,  
(1) поддерживающие самостоятельные стратегии и предложения,  
(2) в контексте решения возникающих проблем,  
(3) оптимальные по сложности для ребенка способствуют саморегуляции

---

### младший дошкольный возраст

---

повышается интерес к целям и достижению сложных целей  
развиваются: упорство в целедостижении, возможность самостоятельного выбора, навыки решения задач  
– более организованный и способный к планированию  
– использует стратегии для решения заданий и разрешения проблем  
– более эффективно и последовательно следит за ходом решения задачи

богатая в речевом отношении среда способствует развитию саморегуляции  
возможность вовлечения в оптимально сложную деятельность (в зоне ближайшего развития) способствует развитию умений и стратегий  
возможность выбора и экспериментирования, обучения на результатах своего выбора способствует развитию саморегуляции и разрешению проблем  
чрезмерный контроль со стороны родителей и/или избыток внешних наград и наказаний снижает вовлеченность (и интерес), ограничивая дальнейшее развитие саморегуляции  
стратегии обучения,  
(1) поддерживающие самостоятельные стратегии и предложения,  
(2) в контексте решения возникающих проблем,  
(3) оптимальные по сложности для ребенка способствуют саморегуляции

---

---

### старший дошкольный возраст (5–7 лет)

---

проявляет заметное улучшение самосознания	возможность частичного или самостоятельного контроля при выборе заданий и оценке собственного прогресса
развивается самосознание	способствует саморегулируемому обучению
развивается внутренняя речь как средство саморегуляции	
обладает более структурированным запасом знаний и организованным набором стратегий для решения заданий	возможность наблюдать или обучаться у «экспертов», обладающих большим опытом, способствует формированию навыков
способен осознанно контролировать внимание, доступны некоторые формы планирования, использование стратегий	оптимальный уровень сложности заданий (ребенок может контролировать и решать задание при усилении и минимальной помощи) повышает осознание ребенком собственного контроля и компетентности
обладает внутренними стандартами исполнения, которые управляют процессами самомониторинга и самооценки	стратегии обучения, основанные на развитии внутреннего контроля и субъективной минимизации внешнего контроля, способствуют развитию саморегуляции в учебной деятельности

Одна из наиболее разработанных моделей развития управляющих функций представлена в работах Р. Баркли (R. Barkley, 1997). Первым и наиболее важным шагом на пути развития саморегуляции автор считает процессы **торможения**, дающие возможность оттормозить или задержать реакцию. Начало его развития приходится на период 5–12 месяцев. Индивидуальные различия в способности оттормозить поведение достаточно велики: так, если попросить детей 4 лет не оборачиваться, пока за их спиной экспериментатор разворачивает «подарок», часть справится с заданием, другим потребуются напоминания, кто-то не справится (Gift Wrap task, L. McCabe et al, 2004). В ранних работах было показано, что дети 4–5 лет значительно различаются по способности ждать большого вознаграждения (отсрочка вознаграждения, W. Mischel & M. Rodriguez, 1993) при наличии меньшего, но тоже приятного стимула (например, не есть печенье, чтобы получить пирожное). Время, которое дети готовы ждать, оказалось связано с успеваемостью детей в младшей школе, большей успешностью в когнитивной сфере, сфере межличностных отношений (W. Mischel & O. Ayduk, 2004). Способность к оттормаживанию поведения позволяет предсказать формирование надежной привязанности (в отношениях с матерью чувство безопасности), социаль-

ную компетентность (способность понимать и учитывать социальный контекст ситуации, эмоциональное состояние и желания других людей), устойчивость к стрессу (навыки совладания со стрессом) ребенка вплоть до старшего дошкольного и младшего школьного возраста.

Дальнейшее развитие саморегуляции опосредуется и неразрывно связано с развитием (R. Barkley, 1997):

– невербальной рабочей памяти (начинает развиваться в 5–12 месяцев, дает возможность выйти за пределы текущей ситуации, преодолеть полевое поведение);

– регуляторной функции речи (начинает появляться в 3–5 лет, бурного развития достигает в 9–12 лет;

– навыков регуляции возбуждения (начинают проявляться около 5 месяцев, становятся более заметными по мере того, как ребенок учится передвигаться). На этом этапе все большую роль начинают играть долговременные цели;

– развитие переструктурирования. К переструктурированию Р. Баркли относит широкий набор возможностей – от беглости речи и формулирования правил до притворства и формирования целостных стратегий поведения. Переструктурирование обеспечивает возникновение новых поведенческих стратегий и выдвижение новых целей. Ранние его проявления относятся к 6 годам.

Устойчивость в достижении целей и гибкость поведения обеспечиваются последующим развитием самоконтроля: подавлением побочных реакций и помех, чувствительностью к похвале и порицанию, развитием навыков реализации сложных последовательностей действий.

В качестве модели нарушения управляющих функций Р. Баркли рассматривает синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ, R. Barkley, 2004). «Центральная проблема для людей с СДВГ, – пишет он, – дефицит способности к подавлению поведенческих реакций» (там же, с. 315). Этот дефицит приводит к целому ряду вторичных симптомов. Например, нарушения невербальной рабочей памяти проявляются в особых формах забывчивости, трудностях организации своего времени, трудностях предсказания и действиях, ориентированных на сиюминутную выгоду. Схожие недостатки на-

*Таблица 2. Модель развития управляющих функций Р. Баркли (1997)*

### Торможение поведенческих реакций

1. Подавление импульсивной реакции
2. Прекращение текущего действия
3. Отторжение реакций на побочные раздражители

Невербальная рабочая память:	Саморегуляция аффекта / мотивации / уровня возбуждения:	Подключение речи (вербальная рабочая память)	Переструктурирование
1. Удержание в сознании событий	1. Саморегуляция аффектов	1. Развитие регуляции на основе правил и инструкций	1. Выделение в своем поведении отдельных модулей и создание на их основе новых поведенческих цепочек
3. Проигрывание сложных цепочек поведенческих реакций	2. Учитывание «принципа реальности» и социальной точки зрения	2. Самоинструментирование	2. Беглость речи
4. Представление о прошлом	3. Мотивационная саморегуляция	3. Самоотслеживание	3. Формулирование правил
5. Представление о будущем и прогнозирование	4. Саморегуляция уровня возбуждения в процессе целенаправленной деятельности	4. Появление моральных суждений	4. Появление притворства
6. Самосознание			5. Появление целостных стратегий поведения
7. Чувство времени			
8. Поведение на основе невербальных правил			

### Контроль двигательной активности / свободное поведение / осмысленность

1. Подавление побочных реакций
2. Выполнение целенаправленных действий
3. Реализация новых сложных последовательностей действий
4. Устойчивость в достижении целей
5. Реагирование на подкрепление, похвалу, наказание, хорошие и неудовлетворительные результаты (и на другие формы обратной связи)
6. Гибкость поведения
7. Продолжение выполнения действия после преодоления помех
8. Контроль поведения на основе информации, которую человек может удерживать в течение продолжительного времени



блюдаются в эмоциональной сфере: у страдающих СДВГ проявляется большая эмоциональная экспрессивность, необъективность в эмоциональной сфере, недостаток мотивации в отношении долгосрочных целей.

Роль торможения в развитии управляющих функций была показана в нейропсихологических исследованиях А. Даймонд (см. Т.А. Строганова, 1993). Основываясь на данных нейропсихологических тестов, она установила, что развитие у младенца 9–11 месяцев представлений о константности объекта (представления о постоянстве объекта, даже если он исчезает из поля зрения, что было показано в исследованиях Ж. Пиаже) зависит не от его знаний и прошлого опыта, а основано на способности подавить рефлекторную, автоматическую реакцию, выстроить два действия в последовательность. По мнению А. Даймонд, эти регуляторные способности развиваются у ребенка с развитием лобной коры головного мозга.

Особняком стоят исследования развития *произвольного, или волевого, контроля* (effortful control) как компонента темперамента. В работах М. Ротбарт (M. Rothbart et al, 1994) под произвольным контролем понимается способность подавить первую возникающую реакцию для того, чтобы выполнить субдоминантную реакцию. То есть произвольный контроль рассматривается как компонент управляющей функции, включающий как оттормаживание одного действия, так и инициирование другого. Сюда относится не просто оттормаживание поведенческих реакций, описанное в модели Р. Баркли и иерархической модели, но и реагирование другим образом, удержание новой реакции. Произвольный контроль рассматривается как важнейший компонент эмоциональной регуляции: он позволяет человеку, испытывающему негативные эмоции, переключить внимание, скрыть свои истинные эмоции от других людей, планировать дальнейшие действия (N. Eisenberg, 2002). Система внимания у младенца работает по реактивному принципу и проявляется в реакциях на новизну (ориентировочном рефлекс), удержании внимания и контроле собственного состояния. Развитие саморегуляции подразумевает рост активности системы внимания (N. Eisenberg et al, 2004). Дети до 12 месяцев склонны искать спрятанный предмет там, где уже его находили, даже если видели, как предмет перекладывали в другое место (M. Rosario Rueda et al, 2004). Способность к оттормаживанию импульсивных реакций формируется у детей к 24–36 месяцам, когда резко улучшаются показатели выполнения теста Стру-

па<sup>1</sup>, и развивается в дальнейшем. Особенности произвольного контроля в 22 месяца позволяют предсказать его дальнейшее развитие к 33 и 45 месяцам (G. Konchaska & A. Knaak, 2002). Как показали исследования, чем лучше ребенок управляет своим вниманием, тем меньше он подвержен стрессу, быстрее справляется с негативными эмоциями и чаще радуется (N. Eisenberg et al, 2004). Умение фокусировать внимание в возрасте 8–10 месяцев (сформированный навык) позволяет предсказать то, насколько послушным будет ребенок к 14 месяцам, а произвольный контроль в 22–45 месяцев – уровень морального развития и следование моральным нормам в школьном возрасте (которые оценивались по тому, как ребенок решает задачи, описывающие моральные дилеммы, а также по оценкам родителей и учителей). При этом произвольное внимание в большей степени связано со следованием запретам родителей, а не их указаниям (в контексте «не делай», а не контексте «сделай», G. Konchaska et al, 2001). Точно так же произвольный контроль связан с социальной компетентностью ребенка, наличием просоциального (помогающего) поведения, его социальной адаптацией и уровнем эмпатии в общении (пониманием других). Дефицит произвольного внимания у детей, наоборот, приводит к трудностям регуляции негативных эмоций, проблемам в поведении, особенно в общении, что проявляется также в учебе. Высокий уровень развития произвольного контроля у детей связан с частой экспрессией положительных эмоций со стороны матери, небольшим количеством указаний и ограничений (в спонтанной игре матери и ребенка), а также со способностью самой матери следовать правилам и инструкциям. Интересно, что при индивидуальной оценке ребенка навыки саморегуляции оказываются выше, чем в группе. Иными словами, присутствие сверстников несколько ухудшает саморегуляцию ребенка (L. McCabe et al, 2004)<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Тест Струпа оценивает навыки отторгивания основной реакции. Взрослый вариант – названия цветов, написанные разными цветами. Смысл слов не совпадает с их цветом. Испытуемый должен называть цвета. Существует несколько невербальных вариантов теста для детского возраста (например, на карточку с изображением дня ребенок должен говорить «ночь»).

<sup>2</sup> В исследовании Е.О. Смирновой и О.В. Гребенщиковой показано, что присутствие сверстников негативно отражается на всех показателях произвольности у детей от 3, 5 до 4 лет (более младшие дети не изучались). После 4 лет у большинства дошкольников участие сверстников повышает уровень произвольного внимания (Е. Смирнова, О.Гребенщикова, 2007).

Интересные результаты, касающиеся эмоциональной регуляции и управляющих функций, получены в отечественных исследованиях. Вслед за М. Ротбарт Е.А. Сергиенко (Г.А. Виленская, Е.А. Сергиенко, 2001) считает, что в раннем возрасте аспекты саморегуляции подвижности нервной системы в структуре темперамента почти неразделимы. Поэтому исследования саморегуляции в структуре темперамента вполне правомерны. В исследовании Г.А. Виленской (2008) было показано, что дети с низким уровнем эмоционального контроля (оценивался по доминирующему эмоциональному состоянию, включая скорость адаптации, способность быстро успокаиваться, вступление в социальные контакты, реакцию на новые стимулы) плохо контролируют как свое эмоциональное состояние (настроение), так и когнитивные процессы (внимание), особенно в напряженной ситуации.

В последнее время все большее внимание уделяется исследованию психофизиологических и генетических механизмов формирования управляющих функций. Существуют генетические основания индивидуальных различий в регуляции поведения, которые можно установить еще в младенческом возрасте (Т.А. Строганова, 1987, 1993). Так, связь различных компонентов контроля поведения у монозиготных близнецов с возрастом усиливается, тогда как у дизиготных близнецов и одиночно рожденных детей таких связей меньше и их число резко падает на втором году жизни. Некоторые исследователи связывают индивидуальные различия в эмоциональной регуляции у детей с особенностями парасимпатической регуляции сердечного ритма – и эта гипотеза нашла свое частичное подтверждение в исследованиях младенцев. Так, в исследовании детей 9 месяцев было показано, что выраженность трудностей парасимпатической регуляции сердечного ритма позволяет предсказать нарушения поведения в течение следующих 5 лет. Ограничением данного исследования является то, что испытуемые не были нормативной группой, а имели исходные нарушения саморегуляции. Более адаптивные типы темперамента, при которых дети быстрее овладевают саморегуляцией, не так жестко генетически детерминированы, как менее адаптивные (Т.А. Строганова, 1993).

Итак, согласно данным эмпирических исследований, развитие управляющих функций (функций программирования и контроля) обусловлено взаимодействием нескольких факторов. На этот процесс оказывают влияние не только особенности развития ребенка, но и

характер детско-родительских отношений, а также всей системы отношений ребенка с окружающим миром. Многочисленные данные подтверждают, что особенности развития управляющих функций в младенческом и раннем возрасте позволяют предсказать самые различные стороны поведения ребенка и контроля поведения впоследствии. Соглашаясь с моделью Р. Баркли, мы считаем, что управляющие функции имеют сложное строение и системы взаимосвязей. Так, за нарушением контроля внимания могут стоять самые различные трудности и нарушения, начиная с активационных трудностей, заканчивая отсутствием интереса, обедненностью среды и т.п. В связи с этим оценка уровня развития управляющих функций должна быть комплексной, а коррекционные мероприятия должны учитывать особенности нарушений психических функций.

### **Диагностика уровня развития управляющих функций (функций программирования и контроля)**

Для комплексной диагностики управляющих функций используются адаптированные нейропсихологические батареи тестов. Наиболее частые задания для оценки функции произвольного контроля у детей около 2 лет – задания с противоречиями, аналогичные тесту Струпа для взрослых. Так, детей просят отвечать «день» на карточку с рисунком ночи или останавливать игру словами «еще» (J. Kieras et al, 2005). В младенческом и раннем возрасте используют задания типа «А не Б», в которых предмет, найденный в месте А, перепрятывают на глазах ребенка в место Б и проверяют, где будет искать его ребенок (M. Rosario Ruedda et al, 2004). Для проверки навыков антиципации (предвосхищения) используются также задания с последовательностями (картинок), однозначными и неоднозначными.

## **2. Эмоциональная регуляция**

В этом разделе даны определения эмоциональной регуляции, описывается развитие эмоциональной регуляции у детей. Во-первых, описывается связь интенсивности эмоций и их регуляции. Во-вторых, затрагивается аспект влияния среды на эмоциональную регуляцию ребенка, описываются конкретные стратегии воспитания и их влияние на эмоциональную регуляцию от младенчества до старшего дошкольного возраста. В-третьих, рассматриваются стратегии эмоцио-

нальной регуляции, описывается постепенная дифференциация эмоций, их осознание в онтогенезе. В конце раздела освещаются диагностические исследования эмоциональной регуляции у детей.

## **Определение термина**

### **«эмоциональная регуляция»**

Эмоциональная регуляция определяется как (1) способность регулировать собственное возбуждение так, чтобы оно было достаточным для достижения поставленных целей, и (2) способность контролировать внешние поведенческие проявления эмоций социально принятым способом (M. Bronson, 2000).

Н. Айзенберг (N. Eisenberg, 2002) определяет эмоциональную регуляцию как процесс инициации, избегания, подавления, поддержания и управления наличием, формой, интенсивностью и продолжительностью внутренних переживаний и состояний, физиологических процессов и целей, связанных с эмоциями, а также поведенческих проявлений эмоций, для достижения своих целей. Выделяются как минимум три взаимосвязанных типа эмоциональной регуляции (N. Eisenberg et al, 1995).

1. Регуляция субъективных (переживаемых) эмоций (процессы инициации, поддержания и управления различными качествами эмоциональных состояний и их физиологических составляющих). Многие из этих стратегий когнитивны по своей природе – например, переоценка ситуации, отвлечение внимания.

2. Регуляция поведения, связанного с переживаемыми эмоциями (например, мимика). Сюда относятся такие феномены, как подавление нежелательного поведения, импульсивность, контроль уровня активации (возбуждения).

3. Регуляция эмоционального контекста – управление источником эмоций.

Важно различать, что регулируется – субъективные переживания, физиологические или поведенческие проявления эмоций, подчеркивает Д. Гросс (D. Gross, 1998). Он разделяет эмоциональную регуляцию, сфокусированную на причине (переоценка эмоциональной ситуации, изменение самой причины негативных эмоций), и эмоциональную регуляцию, сфокусированную на реакции (изменение переживания и поведения), в основе каждой из которых лежат различные физиологические механизмы.

Первый и третий типы эмоциональной регуляции, по Н. Айзенберг, перечисленные выше (регуляция субъективных (переживаемых) эмоций и регуляция эмоционального контекста), тесно перекликаются с представлением о копинг-стратегиях, предложенных Р. Лазарусом в его транзактной теории стресса. Копинги – это «постоянно изменяющиеся когнитивные и поведенческие способы преодоления специфических внешних и внутренних требований, которые оцениваются человеком как значительные или превосходящие его возможности» (R. Lazarus & S. Folkman, 1984, p.141). Два вида копингов: проблемно-ориентированные (направленные на преодоление самого источника стресса) и эмоционально-ориентированные (направленные на преодоление эмоционального возбуждения, вызванного стрессором) – соответствуют третьему и первому типам эмоциональной регуляции соответственно. Второй тип эмоциональной регуляции (регуляция поведения, связанного с эмоциями) можно частично отнести и к проблемно-ориентированным, и к эмоционально-ориентированным копингам.

## **Развитие эмоциональной регуляции у детей**

### *1. Эмоциональная регуляция и поведение*

Развитие эмоциональной регуляции у детей тесно связано с когнитивным развитием (пониманием и ожиданиями от ситуации, называнием и дифференциацией эмоций) и социальным развитием (опытом и навыками общения со взрослыми и со сверстниками). Согласно исследованиям Н. Айзенберг и ее коллег, эмоциональная регуляция коррелирует с социальной компетентностью (пониманием и учетом социальных ситуаций, состояния других людей) и навыками контроля своего поведения (например, контроля импульсивности). Так, контроль внимания и поведения в возрасте 4 и 6 лет позволяет предсказать социальную компетентность и способность контролировать свое поведение в возрасте 8 лет (N. Eisenberg et al, 1997). В исследовании понимания детьми эмоций других детей (гнева, печали, страха) было показано, что дифференциация и способности распознавания эмоций улучшаются от 6 к 12 годам, причем гнев становится сигналом о возможной агрессии со стороны другого ребенка, печаль и страх вызывают желание помочь и просоциальное (социально одобряемое, помогающее) поведение (J. Jenkins & S. Ball, 2000).

Навыки эмоциональной регуляции влияют и на поведение детей. Так, дошкольники, чрезмерно экспрессивно или недостаточно

экспрессивно выражающие свои эмоции, с большим трудом контролируют собственное поведение (более агрессивны и импульсивны) в младшем школьном возрасте, по сравнению с детьми со средне выраженной экспрессивностью. В исследовании было показано, что у детей со слабой экспрессией через год наблюдения усиливаются депрессия, тревога и неуверенность в себе (P. Cole et al, 1996).

В целом, данные исследований позволяют говорить о связи особенностей эмоциональной регуляции и особенностей эмоциональной экспрессии, во-первых, с поведением детей, а во-вторых, с реакцией на переживания других (переживанием стресса или симпатии, помогающим поведением). Согласно Н. Айзенберг с коллегами (N. Eisenberg et al, 1994), чрезмерно подавляющая регуляция и дефицит регуляции особенно разрушительны при высокой эмоциональной интенсивности (табл. 3). Если интенсивность эмоций невысока, ребенку проще контролировать их, дефицит регуляции не приводит к столь разрушительным последствиям и импульсивности, как при высокой интенсивности эмоций, проявляясь в легкой раздражительности и склонности к манипуляциям. Чрезмерное же подавление нежелательного поведения при низкой интенсивности эмоций требует от ребенка значительно меньших затрат и стараний, тогда как при высокой интенсивности эмоций чрезмерное подавление нежелательного поведения приводит к нарастанию тревоги, страхов, стресса.

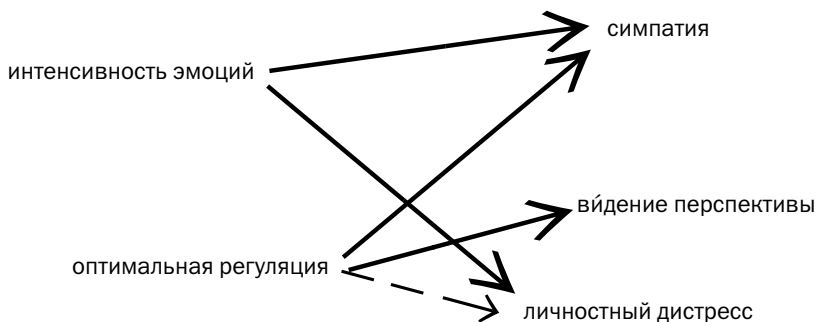
Данная модель получила свое подтверждение в исследовании реакции взрослых на переживания других (рис. 1). Н. Айзенберг разделила реакции на переживания других на симпатию (истинное сочувствие и желание помочь) и личностный дистресс (страдание вместо сопереживания, неприятные эмоции и желание отстраниться). Как показало ее исследование, истинную симпатию (а не просто стресс) проявляют люди с оптимальным стилем эмоциональной регуляции. Если привычная стратегия саморегуляции – чрезмерное подавление, человек чаще испытывает стресс, а не симпатию, при столкновении с неприятностями других. При дефиците регуляции человек реагирует агрессивно или манипулятивно либо также ис-

*Таблица 3. Теоретическая модель взаимодействия регуляции и эмоциональной реактивности*  
[Источник: N.Eisenberg et al, 1994, p. 778].

стили регуляции	Чрезмерное подавление (повышенный контроль, недостаточное применение адаптивных механизмов контроля внимания, социальной коммуникации и т.п.)	Оптимальная регуляция (средний уровень использования подавления, относительно развитый контроль уровня возбуждения, использование механизмов контроля внимания и социальной коммуникации, планирование и проблемно-ориентированные копинги, гибкое использование механизмов саморегуляции)	Дефицит регуляции (трудности подавления, недостаточное применение адаптивных механизмов контроля внимания и активации, проблемно-эмоционально-ориентированных копинг-стратегий)
Интенсивность эмоции	Подавляющие (экспрессивны в раннем возрасте, затем подавляют все эмоции, стеснительны, дефицит социальных навыков, часто избегают активности, копинги недостаточно гибкие, частые тревога, страх, дистресс в ответ на переживания других)	Экспрессивные (вовлеченность в межличностные отношения, экстраверты, легко ориентируются в различных социальных ситуациях и популярны, используют разнообразные копинги, направленные на решение проблем, устойчивы к стрессу, спонтанно проявляют симпатию и помогающее поведение, часто испытывают интенсивные позитивные эмоции)	Неконтролируемые активные (общительные, экстраверты, часто вступают в конфликты с другими, используют неконструктивные копинги, не ответственствующие ситуации или разрушительные, в эмоциональных ситуациях легко становятся агрессивны, редко сопереживают и помогают, легко поддаются стрессу)
	Подавляющие и пассивные (чрезмерно контролирующие, неэкспрессивные, интроверты, часто избегают активности, дефицит социальных навыков и популярности, копинги недостаточно гибкие, уплощенный аффект)	Спокойные (средний уровень экспрессивности, общительные, легко ориентируются в разл. социальных ситуациях и популярны, используют конструктивные копинги, направл. на решение проблем, устойчивы к стрессу, иногда спонтанно проявляют симпатию и помогают другим, легко испытывают положительные эмоции)	Переменчивые (экстраверты, ищут ощущений, популярны в коллективе, используют неконструктивные копинги, не соответствующие ситуации или разрушительные, в эмоциональных ситуациях, легко становятся агрессивны и манипулятивны, редко проявляют эмоции, сопереживают и помогают другим)
Достат. высокий уровень			
Достат. низкий уровень			



пытывает стресс и желание отстраниться, не видя перспективы и того, как можно изменить ситуацию (N. Eisenberg et al, 1994).



*Рис. 1. Теоретическая модель влияния регуляции и интенсивности эмоций на симпатию, дистресс и способности рассмотреть событие в перспективе (что случится в отдаленном будущем, что можно изменить) в ответ на переживания других (пунктиром отмечено негативное влияние) [Источник: N.Eisenberg et al, 1994, p. 778].*

Таким образом, как показывает исследование Н. Айзенберг, понимание и учет социальной ситуации, помогающее поведение, симпатия развиваются только при оптимальном уровне саморегуляции. Чрезмерное подавление или дефицит регуляции приводит к нарушениям поведения, стрессу, нарастанию тревоги или агрессии в ответ на переживания других и, в конечном счете, к трудностям общения и непопулярности в коллективе. На занятиях мы регулярно сталкиваемся с подобными проявлениями у детей. Частая стратегия поведения родителей, когда ребенок отбирает игрушки, дерется, не жалеет других, не помогает, – объяснения, как надо и как не надо себя вести. Такие действия редко бывают эффективными, если в основе нарушений общения у ребенка лежат нарушения саморегуляции.

## *2. Влияние среды на развитие эмоциональной регуляции*

С возрастом меняются как стратегии эмоциональной регуляции, так и ее связь с влияниями среды (табл. 3). В исследовании Г.А. Виленской и Е.А. Сергиенко (2001) была установлена связь различных типов родительского отношения к ребенку и развития у него контроля по-

ведения. Было показано, что аффективно-положительное отношение к ребенку при наличии упорядоченной системы правил и требований является важным фактором успешного развития контроля поведения. Наиболее продуктивна для развития саморегуляции та ситуация, когда родители позволяют ребенку пережить доступный для него уровень стресса и затем поддерживают и успокаивают его. Это дает ребенку возможность тренироваться самостоятельно управлять эмоциями. Опыт нашей практической работы показывает что поиск грани, когда эмоциональное напряжение является переносимым и при этом достаточно высоким для ребенка, – непростая задача. В таких случаях короткие эпизоды оптимального эмоционального напряжения (максимально 1–2 за занятие) должны сочетаться с периодами переживания, обсуждения произошедшего и просто приятной деятельностью. В исследовании Г.А. Виленской (2008) было показано, что дети с трудностями контроля своего настроения и внимания могут использовать поддержку родителей для преодоления этих трудностей. При этом близнецам поддержка помогает повысить успешность деятельности, тогда как одиночно рожденным детям – повысить эмоциональную стабильность. Регуляция поведения детей в проблемной ситуации наиболее тесно связана с такими характеристиками родительского поведения, как установление правил и контроль за их выполнением. Родительское поведение сказывается как на настроении ребенка, так и на успешности выполнения им различных задач. Согласно нашему опыту, правила и контроль за их выполнением действительно являются важным условием развития саморегуляции ребенка, в том числе в коррекционной работе. Однако дальнейшее развитие саморегуляции связано не столько с внешним установлением правил, сколько с умением договариваться о правилах, нарушать их, выделять критерии решения, нарушены ли правила, и выбирать наказание. Интересны данные исследований Г.А. Виленской (2008), в которых дети раннего возраста были разделены на группы в соответствии с типом темперамента, поскольку темперамент рассматривался как проявление индивидуального способа адаптации. Также темперамент рассматривался как показатель эмоционального контроля поведения. Соответственно «трудный» темперамент был отнесен автором к низкому уровню эмоционального контроля, легкий – к высокому. По данным Г.А. Виленской, у детей с «трудным» типом темперамента родительское поведение связано в первую очередь с особенностями эмоциональной регуляции, тогда как у «легких»

детей родительское поведение коррелирует с когнитивной регуляцией.

В исследовании детей 6–12 лет было показано, что эмоциональное отвержение со стороны родителей связано с ухудшением распознавания и подавлением негативных эмоций (гнева, грусти), трудностями регуляции своего эмоционального состояния (K. Shipman et al, 2005). Чувствительность и эмоциональная отзывчивость родителей детей в возрасте 2 лет позволяют предсказать лучшую саморегуляцию (навыки произвольного контроля внимания, следование правилам) в 3 года и меньшее количество поведенческих проблем (R. Eiden et al, 2007). Особенно выражены нарушения в семьях, где родители страдали депрессией и имели алкогольную зависимость, когда детям было 12–18 месяцев. В целом, обнаружена корреляция надежной привязанности в детстве (надежных устойчивых отношений с матерью, дающих ощущение безопасности) и характером эмоциональной регуляции (S.Calkins, 2004).

**Таблица 4. Развитие эмоционального и поведенческого контроля и влияние среды [Источник: M.Bronson, 2000, p. 85]**

развитие эмоционального и поведенческого контроля	особенности влияния среды
<b>младенчество</b>	
Развитие стратегий самоуспокоения и самостимуляции	Хаотическая, перенасыщенная или обедненная среда препятствует развитию адаптивных паттернов сна-бодрствования
Развитие циклов сна–бодрствования и возбуждения, связанных с внешней средой	и возбуждения–успокоения
Ранние произвольные попытки контроля собственной двигательной активности и поведения	Тепло и отзывчивость ухаживающего за ребенком взрослого способствуют развитию дифференцированной эмоциональной реакции
Ранние произвольные попытки общения с другими людьми и объектами и вовлечение в устойчивое взаимодействие с ними	Тепло, последовательность и отзывчивость ухаживающего взрослого к сигналам ребенка способствуют развитию чувства безопасности и осознанию контроля
	Чуткое взаимодействие с младенцем способствует раннему установлению коммуникационных паттернов (дай–бери и т.п.) и пониманию социального взаимодействия

---

### ранний возраст

---

Переживание более сложных эмоций	Чувствительность к потребностям и индивидуальным особенностям ребенка способствует развитию внутреннего контроля
Развитие раннего контроля импульсов (может следовать простым инструкциям и запретам)	Среда, стимулирующая безопасные самостоятельные действия и проверку своих возможностей при возможности получения положительного опыта
Развитие речи и осознание собственных желаний (может формировать и осуществлять намерения)	от взаимодействия с предметами и сверстниками, способствует развитию внутреннего контроля
Может регулировать некоторые виды действий, имитируя взрослых (например, может сказать сам себе – нельзя).	Наличие положительных моделей поведения (пример взрослых) способствует развитию саморегуляции
Использует примеры других людей, чтобы оценить свои действия и внешние события (выводы о том, что плохо или хорошо, на основе поведения других)	Положительное и чуткое воспитание, последовательное, но стимулирующее ребенка к автономии, ответственности и самоконтролю, способствует развитию саморегуляции

---

### младший дошкольный возраст

---

Развитие способности к истинному внутреннему контролю эмоций и поведения	Воспитание, поддерживающее ответственность, внутренний контроль и положительные взаимодействия с другими, способствует развитию саморегуляции
Меньше нуждаются в последовательной поддержке со стороны взрослых, чтобы поддерживать контроль (смещение внешнего контроля к внутреннему)	Подражание взрослым и детям влияет на модели взаимодействия ребенка, его самоконтроль и усвоение норм и правил поведения
Усиление интереса к взаимодействию с другими детьми и принятию с их стороны	Возможность положительного взаимодействия со сверстниками, наблюдение взрослых, совместное обсуждение (если необходимо) возникших проблем и выражение ценности совместной деятельности способствует развитию саморегуляции
Способность к совместным действиям с другими детьми	
Могут использовать усвоенные правила, стратегии и планы для управления собственным поведением (хотя не обязательно осознанно)	
Могут использовать речь для саморегуляции	

---

---

### старший дошкольный возраст (5–7 лет)

---

С 5 до 7 лет происходит основной сдвиг в развитии ответственности и внутренней саморегуляции	Влияние предыдущего опыта (первых 5 лет) на поведение и стандарты выполнения
Развивается устойчивая способность к внутренней регуляции поведения и эмоциональной экспрессии	(как, ребенок считает, он должен действовать, и как оценивает результаты поведения)
Могут следовать правилам	Правила, нормы поведения
Могут использовать речь для регуляции своих мыслей и действий	и наблюдаемое поведение других продолжает влиять
Обычно могут самостоятельно обсуждать разногласия со сверстниками	на внутренние правила, ценности и поведение ребенка
Осознают себя и свои способности к саморегуляции	Модели взаимодействия в семье и климат семейных взаимоотношений продолжают влиять на саморегуляцию, но влияние сверстников и СМИ становится сильнее
Осознают и лучше понимают чувства и возможности других	Стратегии воспитания, поддерживающие внутренний контроль и ответственность, продолжают играть существенную роль в развитии саморегуляции
Оценивают свое и чужое поведения, исходя из усвоенных образцов и стандартов поведения (нередко ригидных и карательных: «нельзя это делать», «я тебя накажу»)	
Интересуются «справедливостью»	

Итак, по данным эмпирических исследований, в возрасте 5–7 лет ребенку доступно понимание некоторых норм и правил и регуляция своего поведения на их основе. Следует, однако, заметить, что усвоение норм и правил – длительный процесс, который только начинается в дошкольном возрасте. В нашей практике жалобы родителей на непослушание ребенка оказываются чуть ли не основными в этом возрасте. В коррекционной практике приходится уделять значительное внимание усвоению ребенком норм и правил, а затем – развитию способностей договариваться о новых нормах и правилах.

### *3. Стратегии эмоциональной регуляции и их развитие*

Развитие стратегий эмоциональной регуляции (табл. 3) выражено в постепенной дифференциации эмоций, их осознании. Ранние попытки эмоциональной регуляции относятся к 3 месяцам (S. Calkins, 2004), когда младенец реагирует на дискомфорт примитивными формами самоуспокоения, такими как сосание груди, моторные движения (отворачивание), сигнализирование о дискомфорте (плач). В возрасте 3–6 месяцев развивается волевой контроль за уровнем возбуждения (простейшее управление вниманием, самоотвлечение).

Пик развития регуляции внешних эмоциональных проявлений приходится, по данным разных исследований, на период 3–6 (10) лет. Так, младшие дети, получая не тот подарок, который они хотели, чаще демонстрируют разочарование и другие негативные эмоции, тогда как старшие дети реагируют более позитивно (J. Kieras et al, 2005). Причем дети с хорошим произвольным контролем реагируют одинаково радостно и на желанный, и на нежеланный подарок, тогда как дети с низким уровнем произвольного контроля чаще расстраиваются, получая нежеланный подарок.

Исследования эффективности саморегуляции в различных возрастах тесно связаны с представлением о стратегиях совладания со стрессом – копингах, о которых говорилось выше. На разных возрастных этапах разные события вызывают стресс у ребенка и, соответственно, будут эффективны разные способы совладания со стрессом. Так, младенчеству и раннему возрасту присущи самоотвлечение и самоуспокоение (например, ритмичное раскачивание) для совладания со стрессом. В школьном возрасте эти стратегии, скорее всего, не будут эффективными. В дошкольном и школьном возрасте развиваются и выходят на первый план когнитивные типы копингов, включая когнитивную переоценку (переоценку ситуации, например, «благодаря тому, что это произошло, я стал сильнее, научился справляться с собой»), управление вниманием и эмоционально-ориентированные копинги, такие как воспоминания о чем-то приятном и мотивирующем, релаксация. Если дошкольник или школьник сталкивается с переживанием, которое он не может контролировать, он может найти в этой ситуации возможности для дальнейшего развития (когнитивная переоценка), попытаться отвлечься и расслабиться, сконцентрироваться на чем-нибудь другом (например, не на двойке, а на том, как улучшить свои знания) и т.п. (S. Losoya et al, 1998). По данным разных исследований, с возрастом дети реже ищут поддержку, чтобы справиться со стрессом (B. Compas, 1998). У детей использование *проблемно-ориентированных копингов* (направленных на решение проблемы, вызвавшей неприятные переживания) связано с уменьшением эмоциональных и поведенческих проблем, проблем в общении, и поведения, связанного с риском для здоровья у подростков (S. Losoya et al, 1998). В работе И.И. Ветровой (2006) было показано, что навыки контроля поведения у подростков обуславливают совладающее поведение. При высоком уровне контроля поведения подростки склонны использовать продуктивные копинг-

стратегии, направленные на решение проблемы. Наоборот, у детей, использующих *эмоционально-ориентированные копинги* (направленные не на решение проблемы, а на совладание с собственными эмоциями), выше уровень тревоги и депрессии (B. Compas et al, 1996). Хотя в тех случаях, когда ребенок не может изменить ситуацию (например, при утрате близкого человека), эмоционально-ориентированные копинги (управление своим эмоциональным состоянием) более продуктивны, чем попытки решить проблему (S.M. Miller & M.L. Green, 1985).

Таким образом, в работах, выполненных в рамках возрастной и общей психологии, практически не затрагивается вопрос о том, как сами эмоции регулируют поведение. Это тема скорее представлена в клинических исследованиях, посвященных исследованию нарушений эмоциональной регуляции при различных видах патологии.

### **Диагностика эмоциональной регуляции у детей**

В исследованиях младенцев и детей раннего возраста наиболее часто используются методы *структурированного наблюдения*. При этом частота какого-либо поведения рассматривается как показатель развития эмоциональной регуляции. При использовании множества показателей и анализе их надежности и валидности такой подход является наиболее эффективным. Так, в работе Г. Конченске с соавторами (G. Konchanska et al, 2001) согласованность экспертов при оценке различных аспектов послушания ребенка в возрасте 14–45 месяцев варьировала от 0,65 до 0,86, увеличиваясь с возрастом, что можно считать достаточным. Согласованность при оценке поведения матери во взаимодействии с ребенком была несколько ниже (0,57–0,82), тоже значительно увеличиваясь с возрастом. Основная проблема данного метода – большее проявление регуляции не означает более эффективную регуляцию. Ребенок может продолжать регуляторные действия (например, самоуспокоение) в течение длительного времени просто потому, что в данной ситуации это действие не приводит к желаемому результату (L.G. Bridges et al, 2004). Большого внимания требует и объединение тех или иных проявлений поведения в группы (кластеры), создание общих интегральных оценок поведения (например, оценка импульсивности ребенка в целом), а также разведение различных негативных и позитивных эмоций (особенно у дошкольников и школьников). Так, страх и злость – разные негативные эмоции, в регуляции которых могут быть задействованы различ-

ные механизмы. Нередко в рамках структурированного наблюдения используются отдельные экспериментальные методики: например, оценивается реакция ребенка на стандартный набор масок, игрушек на полках, выход матери (G. Kopchanska et al, 2001), различные подарки (G. Kieras et al, 2005), особенно нежеланные для ребенка.

Широко распространены методы экспертной оценки, в основном *оценки родителями* различных аспектов эмоциональной регуляции ребенка. Так, М. Ротбарт с коллегами (M. Rothbart et al, 2001) разработан опросник поведения детей (Children's behavior questionnaire, CBQ), который заполняется родителями и который можно использовать, начиная с 3 лет до 7–8 лет. Опросник ориентирован на оценку темперамента, а именно конституционально-обусловленных индивидуальных различий в реактивности и саморегуляции. Выявляет 15 базовых характеристик темперамента, которые объединяются в три фактора: экстраверсия/спокойствие, негативная аффективность, произвольный контроль (схожие структуры получены в исследованиях, проведенных в США и Японии). Внутренняя согласованность (надежность) пунктов варьирует от 0,67 до 0,97 по разным шкалам (что является достаточным) и увеличивается с возрастом. Родители одного и того же ребенка в среднем оценивают своего ребенка одинаково (все, кроме одной, корреляции значимые, 0,20–0,79 для разных шкал), при этом оценки почти не изменяются в течение двух лет (когда детям было 5 и 7 лет, стабильность 0,50–0,79). Таким образом, оценки обоих родителей можно использовать в исследованиях.

Исследователи социальной компетентности и понимания детьми эмоций других детей используют *описания тех или иных ситуаций* и опрос ребенка (чего хотел и что чувствовал участник ситуации, как реагировать ребенку в ответ и т.п., например, J. Jenkins & S. Ball, 2000) или элементы ролевой игры и последующий опрос. При этом данных о том, соответствуют ли эти оценки реальному поведению детей, немного.

## **Телесная регуляция**

В этом разделе даны определения основных понятий в области телесной регуляции: образа тела и схемы тела. Затем кратко описано развитие функции телесной регуляции в онтогенезе. В окончании раздела перечислены диагностические методики.



## **Определения образа тела и схемы тела**

Образ тела описывается «как включающий продукты восприятия, репрезентацию на уровне сознания, суждения и отношения, где объектом, на который направлено восприятие, суждение и т.д., выступает собственное тело» (N. Meltzoff et al, 1996). Он развивается в непрерывном взаимодействии со схемой тела, причем под схемой тела подразумевается набор двигательных координат, согласованная работа организма, которые осуществляются с опорой на врожденную модель, не представленную в сознании (N. Meltzoff et al, 1996). Образ своего тела является базисом для формирования саморегуляции.

## **Развитие телесной регуляции у детей**

«Исследование подражания у младенцев убеждают в том, что у младенца есть не только схема тела (система, которая работает на произвольном уровне, давая возможность координации движений и поддержания позы), но и примитивный образ тела – проприоцептивная осведомленность<sup>1</sup>, например, о собственном лице, которая может быть репрезентирована и соотнесена с сохранившейся в памяти зрительной информацией». Gallagher, Shaun и др. (C. Gallagher et al. 1996) пишут о врожденном характере схемы тела и примитивного образа тела. «В отличие от взрослых младенец, сталкиваясь с новыми непривычными позами, использует проприоцептивные ощущения от движения собственных частей тела, которые он не видит, для того, чтобы воспроизвести то, что он видит на лице взрослого, и даже, более того, чтобы отследить, скорректировать и улучшить имитирующее движение».

Важным шагом в формировании образа своего тела является осознание ребенком своих физиологических потребностей. Присвоение ребенком культурного опыта связано с особой объективацией (вынесением вовне, возможностью взглянуть со стороны) его физической активности, физиологических проявлений. Ребенок постепенно осознает свои потребности в еде, тепле и другие. Матерью вводятся определенные ограничения в удовлетворении естественных потребностей, он учится определенным образом есть, пить, приучается к горшку. Такие «телесные» ограничения в дальнейшем способствуют формированию эмоциональной регуляции: формируются цикл

<sup>1</sup> Проприоцептивная осведомленность – базовое переживание положения тела, помогающее простроить перцептивную составляющую образа тела.

«сон-бодрствование» и режим приема пищи. Дифференциация эмоций идет рука об руку с дифференциацией соответствующих физиологических ощущений. Большое количество ощущений позволяет по-разному к ним относиться (пока ребенок делит свои ощущения только на «плохо–нейтрально–хорошо», его эмоциональный набор также не богат и сводится к этим трем вариантам, выделение разных ощущений – «зудит», «болит», «щекотно», «тепло» и т.п. позволяет по-разному отнестись к ним).

А.Ш. Тхостов (2002) подчеркивает: «Для ребенка на стадии овладения произвольными движениями и телесной регуляцией тело должно максимально объективироваться и восприниматься как «отдельное», «чужое», «предстоящее» образование. Осваивая собственное тело, ребенок тем самым параллельно формирует и собственное Я, замечая, что он является автором собственных телесных движений, присоединяя к себе, как субъекту «нехватки» (испытывающему голод, жажду, страх) чувство (ощущение) субъект-автора». Для ребенка ощущение границы его тела и внешнего мира формируется в те моменты, когда он встречается с преградой, то есть, с точки зрения телесной регуляции, в этот момент его потребности не удовлетворяются немедленно. Например, его не корямят сразу же, как только он проголодался. Так он ощущает, что желание есть – это его собственное, а возможность его удовлетворения зависит от других людей и полностью самим ребенком не контролируется. Те же процессы, которые ребенок может полностью контролировать, он ощущает как продолжение своего тела. Например, выделительные функции. Если мать немедленно выполняет все пожелания своего ребенка, то, например, чувство голода может не восприниматься, как свое собственное, а материнские переживания, например что ребенок мерзнет, приписываются себе. В таком случае мать воспринимается продолжением тела ребенка. Таким образом, для формирования осознанных и рефлексивных представлений о собственном теле (т.е. восприятия ребенком собственного тела как объекта) важна роль матери или другого значимого взрослого, с которым ребенка связывают личностные отношения. Так, О.Г. Мотовилин, сравнивая развитие представлений о собственном теле у детей в условиях семьи и интерната, отмечает отставание у детей, находящихся вне семейного окружения, притом что частота соматических расстройств, которые могли бы стать основой формирования таких представлений, у них значимо выше» (там же, с.72).

Развитие телесной регуляции включает в себя два процесса – дифференциации (выделение все большего числа ощущений) и интеграции (объединение ощущений по различным признакам). В исследовании Г.А. Ариной (Т.Ш. Тхостов, 2002) было показано, что оба процесса прогрессируют от младшего школьного к подростковому возрасту. Трудности вербализации и дифференциации ощущений особенно характерны для детей с хроническими соматическими заболеваниями. В исследованиях В. В. Николаевой (1995) показано, что дети с врожденным пороком сердца нередко развиваются в ситуации серьезных ограничений и гиперопеки, что приводит к дефициту осознания собственного тела (феномен, названный вторичной алекситимией) и нарушениям саморегуляции (трудностям управления собственным поведением, целеполагания и целедостижения).

Как первичная, так и вторичная алекситимия – трудности дифференциации и названия собственных ощущений, связанных с ними эмоциональных состояний и личностных переживаний – приводят к трудностям эмоциональной регуляции и являются фактором риска развития соматических и психических заболеваний (В.В. Николаева, 1991).

В целом, можно описать некоторую последовательность развития телесной регуляции (В.В. Николаева, Г.А. Арина 1996). Сначала мать реагирует на поведение ребенка, угадывая и называя его телесные ощущения («у тебя болит живот» и т.п.), т.е. тело является своеобразным языком, при помощи которого мать и ребенок общаются. Нередко у детей и взрослых симптом несет какой-то коммуникативный смысл – «помоги мне», «не трогай меня» и т.п. Позже развитие телесной регуляции связано с имитацией поведения других (например, имитация храпа взрослых членов семьи или хватание за сердце) и усвоением правил в отношении собственного тела (приучение к горшку, зарядке и т.п.). Дальнейшее развитие телесного феномена связано с дальнейшей дифференциацией телесных ощущений и их осознанием. Так, телесные ощущения для подростка важны не сами по себе – они несут какой-то смысл (нравится ли ему собственное тело, что он может и не может делать по сравнению с друзьями и т.п.).

### **Диагностика телесной регуляции у детей**

Исследований телесной регуляции у детей достаточно мало. Большинство из них используют методы классификации интрацептивных ощущений: дети выбирают карточки со словами, обозначающими ощу-

щения и объединяют их друг с другом (А.Ш. Тхостов 2002). Недостатком таких методов является необходимость достаточного уровня развития вербально-логического мышления у ребенка, что ограничивает исследования минимум младшим школьным возрастом. Для детей начиная с 1,5–2 лет используется тест с зеркалом. Один из вариантов следующий: ребенку красят нос, а через какое-то время подводят к зеркалу. Если ребенок дотрагивается до носа, считается, что ребенок соотносит отражение с собой (Lewis M. и Carmody D. 2008). Важным показателем осознания себя на телесном уровне является появление у ребенка сюжетной игры, в которой он заботится о кукле (кормит, одевает, сажает на горшок и т.д.). В клинических исследованиях используются проективные методики (например, рисунок человека). Возможно использование нейропсихологических методов исследования тактильного гнозиса (определение локализации прикосновения, щипка), пробы на воспроизведение поз. Однако точные данные о надежности этих методов и их связи с саморегуляцией в целом нам неизвестны.

## **Заключение**

В результате анализа литературы мы выделили три основные области исследования саморегуляции: исследование управляющих функций, исследование эмоциональной регуляции, исследование телесной регуляции. Надо отметить, что выделение этих направлений носит достаточно условный характер. Как показано в представленных исследованиях, различные показатели саморегуляции в одной области могут коррелировать с уровнем развития саморегуляции, затрагивающей другую сферу. Так, развитие способности планировать свое поведение тесно связано с социальной компетентностью и эмоциональной регуляцией. Развитие образа собственного тела оказывается неотъемлемой частью формирования саморепрезентации в целом, а значит, и осознания собственных эмоций.

Мы предполагаем, что нарушения саморегуляции в выделенных областях исследования коррелируют (взаимосвязаны) между собой. И если эта корреляция существует, то в основе несформированности саморегуляции в целом может лежать нарушение какого-то одного фактора. Возможно, таким фактором является способность к репрезентации (представлению себя) или способность к целеполаганию.

Это предположение требует эмпирического подтверждения. Для этого мы планируем русифицировать и апробировать ряд зарубежных методик. В дальнейшем возможно создание собственных методик, позволяющих описывать особенности саморегуляции у детей, которые не пользуются речью. Вероятнее всего, этими методиками будут стандартизированное наблюдение или опросник для родителей, позволяющие выявить уровень нарушения саморегуляции у ребенка во всех трех выделенных нами областях. Выявление механизмов нарушения, с одной стороны, позволит нам более прицельно выстраивать коррекционную работу, а с другой стороны, у нас появится инструмент диагностики несформированности саморегуляции у неговорящих детей.

Таким образом, следующим этапом работы планируется разработка методики комплексного исследования саморегуляции по выделенным нами направлениям у детей различных возрастных групп.

## Литература

1. *Выготский Л.С.* Психология. М.: Апрель-пресс, Эксмо-пресс, 2000.
2. *Выготский Л.С.* Основы дефектологии. СПб: Лань, 2003. – 656 с.
3. *Дикая Л.А.* Психология саморегуляции функционального состояния субъекта в экстремальных условиях деятельности: Автореф. дис. – М.: 2002.
4. *Зейгарник Б.В.* Опосредование и саморегуляция в норме и патологии // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психол. 1981. № 2. С. 9–14.
5. *Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б., Мазур Е.С.* Саморегуляция поведения в норме и патологии // Психол. журн. Т. 10. 1989. № 2. С.122–131.
6. *Леонтьев Д.А.* Личностный потенциал как потенциал саморегуляции / Ученые записки кафедры общей психологии МГУ им. М.В. Ломоносова, вып. 2 / Под ред. Б.С. Братуся, Е.Е. Соколовой. М.: Смысл, 2006.
7. *Моросанова В.И.* Индивидуальный стиль саморегуляции: феномен, структура и функции произвольной активности человека. М.: 2001.
8. *Николаева В.В.* Особенности личности при соматических заболеваниях / Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности

- при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: 1995.
9. Николаева В.В. О психологической природе алекситимии // Телесность человека / Под ред. П.Д. Тищенко. М.: 1991.
  10. Николаева В.В., Арина Г.А. От традиционной психосоматики к психологии телесности / Вестн. МГУ, сер. 14, № 2. С. 8–17.
  11. Прохоров А.О. Саморегуляция психических состояний: феноменология, механизмы, закономерности. М.: ПерСе, 2005.
  12. Семенович А.В. Введение в нейропсихологию детского возраста. М.: Генезис, 2005.
  13. Смирнова Е.О., Гребенщикова О.В. Влияние сверстников на произвольное поведение дошкольника/ В сб. Субъект и личность в психологии саморегуляции: Сборник научных трудов/ Под ред. В.И. Моросановой. – М. – Ставрополь: Изд-во ПИ РАО, СевКавГТУ, 2007.
  14. Строганова Т.А. Ритмические компоненты ЭЭГ детей 6-месячного возраста // Журн. ВНД. 1987. Т. 37. № 2. С. 218–225.
  15. Строганова Т.Д., Посикера И.Н. Функциональная организация поведенческих состояний бодрствования младенцев (электроэнцефалографическое исследование) // Мозг и поведение младенца / Под ред. О.С. Андрианова. М.: Изд-во Ин-та психол. РАН. 1993. С. 78–132.
  16. Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М.: Смысл, 2002.
  17. Barkley R. (1997) Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD / *Psychological Bulletin*, 121. P. 65–94.
  18. Barkley R. (2004) Attention-Deficity/Hyperactivity Disorder and self-regulation. / In Baumeister R., Vohs K. (Eds) *Handbook of self-regulation*. New York: the Guilford press.
  19. Bridges L.J., Denham S.A., Ganiban J.M. (2004). Definitional issues in emotional regulation research / *Child development*, 75 (2). P. 340–345.
  20. Bronson M. B. (2000) *Self-regulation in early childhood*. New-York: the Guilford Press.
  21. Calkins S. (2004). Early attachment processes and the development of emotional self-regulation / In Baumeister R., Vohs K. (Eds) *Handbook of self-regulation*. New York: the Guilford press.
  22. Cole P., Zahn-Waxler C., Fox N., Usher B, & Welsh J. (1996). Individual differences in emotion regulation and behavioral problems in pre-

- school children / *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 4. P. 518–529.
23. Compas B. (1998) An agenda for coping research and theory: basic and applied developmental issues. / *International Journal of Behavioral Development*, 22 (2). P. 231–237.
  24. Compas B.E., Ey S., Worsham N.L., Howel D.C. (1996). When mom and dad has cancer: II. Coping, cognitive appraisals and psychological distress in children of cancer patients / *Child Development*, 15. P. 167–175.
  24. Dawson P., Guare R. (2004) Executive skills in children and adolescent. New-York: the Guilford Press
  26. Eiden R., Edwards E. and Leonard K. (2007) Conceptual Model for the Development of Externalizing Behavior Problems Among Kindergarten Children of Alcoholic Families: Role of Parenting and Children's Self-Regulation / *Developmental Psychology*, Vol. 43, Issue 5. P. 1187–1201.
  27. Eisenberg N. (2002) Emotion-related regulation and its relation to quality of social functioning / In S. Carey & R. Gelman (Eds), *Child psychology in retrospect and prospect*. Vol. 32. P. 133–171. Mahwah NJ: Erlbaum.
  28. Eisenberg N., Smith C., Sadovsky A. & Spinrad T. (2004) Effortful control: Relations with emotional regulation, adjustment and socialization in childhood / In Baumeister R., Vohs, K. (Eds) *Handbook of self-regulation*. New York: the Guilford press.
  29. Eisenberg N., Fabes R.A., Murphy B., Maszk P., Smith M., Karbon N. (1995) The role of emotionality and regulation in children's social functioning: A longitudinal study. / *Child Development*, 66. P. 1239–1261.
  30. Eisenberg N., Fabes R.A., Murphy B., Karbon N., Maszk P., Smith M., O'Boyle Ch., & Suh K. (1994) The relationship of emotionality and regulation to dispositional and situational empathy-related responding / *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 4. P. 776–797.
  31. Fonagy P. & Target M. (2002) Early intervention and development of self-regulation / *Psychoanalytic Quarterly*, 22. P. 307–335.
  32. Gallagher Shaun and Meltzoff Andrew (1996) The Earliest Sense of Self and Others: Merleau-Ponty and Recent Developmental Studies / *Philosophical Psychology*, 9. P. 213–236.
  33. Gross J.J. (1998) Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and

- physiology / *Journal of Personality and Social Psychology*, 74. P. 224–237.
34. Jenkins J. & Ball S. (2000) Distinguishing between negative emotions: Children's understanding of the social-regulatory aspects of emotion / *Cognition and emotion*, 14 (2). P. 261–282.
  35. Jenkins J. & Greenbaum R. (1999) Intention and emotion in child psychopathology: Building cooperative plans / In P. Zelazo, J. Astington & D. Olson (Eds). *Theories of mind in action: Development and evaluation of social understanding*. P. 269–291. Mahwah: Erlbaum.
  36. Karoly P. (1993) Mechanisms of self-regulation: A systems view / *Annual Review of Psychology*, 44. P. 23–52.
  37. Kieras, J., Tobin, R., Graziano W., & Rothbart, M. (2005). You can't always get what you want: effortful control and children's responses to undesirable gifts / *Annual Review of Psychology*, 16, 5, pp 391–396.
  38. Konchanska G., Coy K., & Murray K. (2001) The development of self-regulation in the first four years of life / *Child development*, 72. P. 1091–1111.
  39. Konchanska G. & Knaak A. (2003) Effortful control as a personality characteristic of young children / *Journal of Personality*, 71. P. 1087–1112.
  40. Kopp C. (1982) Antecedents of self-regulation: A developmental perspective / *Developmental Psychology*, 18. P. 199–214.
  41. Lazarus R. & Folkman S. (1984) *Stress, appraisal and coping*. New-York: Springer.
  42. Lewis M. and Carmody D. (2008) Self-Representation and Brain Development / *Developmental Psychology*, 44. P. 1329–1334.
  43. Losoya S., Eisenberg N., & Fabes R. (1998) Developmental issues in the study of coping. / *International Journal of Behavioral Development*, 22 (2). P. 287–313.
  44. McCabe L., Cunnington M., & Brooks-Gunn J. (2004) The development of self-regulation in young children / In Baumeister R., Vohs K. (Eds) *Handbook of self-regulation*. New York: the Guilford press.
  45. Meltzoff Andrew N. (1996) Наиболее раннее переживание себя и других: Мерло-Понти и современные исследования в области психологии развития // *Philosophical Psychology* / Vol. 9. Issue 2.
  46. Miller S.M., & Green M.L. (1985). Coping with stress and frustration: Origins, nature and development. / In M.Lewis, C.Saarni (Eds). *The socialization of emotions*. P. 263–314). New-York: Plenum.



47. Mischel W. & Ayduk O. (2004) Willpower in a cognitive-affective processing system: the dynamics of delay of gratification / In Baumeister R., Vohs, K. (Eds) *Handbook of self-regulation*. New York: the Guilford press.
48. Mischel W. & Rodriguez M. (1993) Psychological distance in self-imposed delay of gratification / In R. Cocking & K. Renninger (Eds), *The development and meaning of psychological distance*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
49. Rothbart M., Ahadi S., Hershey K., & Fischer, P. (2001) Investigations of temperament at three to seven years: the Children's Behavior Questionnaire / *Child Development*, 72, 5. P. 1394–1408.
50. Rothbart M., Ahadi S. & Hershey K. (1994) Temperament and social behavior in childhood / *Merrill-Palmer Quarterly*, 40. P. 21–39.
51. Rosario Rueda M., Posner M. & Rothbart M. (2004) Attentional control and self-regulation / In Baumeister R., Vohs, K. (Eds) *Handbook of self-regulation*. New York: the Guilford press.
52. Shipman K., Edwards A., Brown A., Swisher L. and Jennings E. (2005) Managing emotion in a maltreating context: A pilot study examining child neglect / *Child abuse and neglect*, 29. P. 1015–29.

практический опыт



# Опыт проведения музыкальной терапии для коррекции сенсомоторной алалии

А.Л. Битова, И.С. Константинова

## Описание конкретного случая

В Центр лечебной педагогики обратились родители девочки Кати 3 лет с жалобами на плохой сон, повышенную возбудимость, задержку речевого и психического развития, периодический энурез (1–2 раза в месяц).

*На обследовании педагога:* девочка быстро освоилась в новой обстановке, соглашается уходить от мамы, очень подвижна. Отмечается вычурность движений, улыбка иногда напоминает гримасу. Собственная игра манипулятивная: интересуется разными игрушками, но самостоятельно игровой сюжет не выстраивает. Интересуется детьми: наблюдает за игрой ребенка, оказавшегося рядом. Со взрослым взаимодействует: смотрит в глаза, подражает действиям педагога, принимает предложенную игру.

Речью для общения девочка не пользуется. Не локализует звук в пространстве, не реагирует на обращенную к ней речь.

*При осмотре невролога* грубой органической симптоматики не выявлено. Отмечалось незначительное оживление сухожильных рефлексов, мышечная гипотония, ограничение глазодвигательных реакций.

После консультации родителям были даны рекомендации для самостоятельных занятий с девочкой дома. По ряду причин занятия в Центре начались только через год.

Через месяц после начала занятий *на обследовании нейропсихолога* канд. психол. наук А.А. Цыганок: девочка адаптирована в группе. Выполняет задания, глядя на других детей. Старается сесть в стороне от других, чтобы видеть всех. Работает левой рукой в левом поле, правой – в правом. Правая рука быстро устает, девочка прячет руку в карман. В большинстве случаев на речь не реагирует, но в ситуации повышенной мотивации речь воспринимает. Собственная речь бедная, тихая, не является инструментом общения. Нарушение

речи укладывается в синдром сенсомоторной алалии с преобладанием сенсорного компонента.

Провести более точную диагностику в это время было невозможно, так как девочка с трудом вступала в контакт с новым педагогом, не выполняла заданий, в игре не проявляла инициативу, действовала однообразно. На основе выявленной симптоматики было сделано предположение о функциональной несформированности структур левого полушария и в первую очередь височных его отделов, а также межполушарного взаимодействия.

Катя начала посещать группу для детей 4–5 лет с различными нарушениями развития. В группе проводились различные занятия: музыкальные, развитие ручной деятельности, навыков самообслуживания. Также девочка индивидуально занималась с логопедом, нейропсихологом, специалистами по игровой и двигательной терапии, сенсорному развитию. Мама девочки все это время посещала занятия с психологом в группе для родителей. Велось регулярное наблюдение врачами: неврологом, педиатром, психиатром.

Междисциплинарная работа (в которой участвовали логопед-дефектолог, психолог, нейропсихолог, педагог, специалисты по двигательной и музыкальной терапии) была направлена на развитие познавательных процессов и понимания речи и стимуляцию собственной речевой активности.

На групповых занятиях педагоги ставили разнообразные задачи, в том числе создание у Кати мотивации к речевому общению с детьми и взрослыми. Специалисты организовывали совместные игры, провоцировали такие ситуации, в которых девочке требовалось обратиться к другому ребенку или педагогу, попросить помощи, ответить на вопрос и т.д.

Развитие понимания речи на логопедических занятиях велось с использованием различных опор: зрительных, тактильных, кинестетических. Важное место занимала работа по развитию слухового внимания и восприятия, дифференциации контрастных неречевых звуков, обучению локализации звука в пространстве и т.д. Одним из важных направлений работы было обучение чтению с использованием метода глобального чтения – письменный текст должен был стать для нее хорошей опорой, помогающей не только в понимании речи, но и в развитии речевого анализа.

За время занятий у девочки отмечалась положительная динамика в развитии познавательных процессов и регуляции собственного поведения. Она стала лучше контролировать свои действия, взаимодействовать с детьми, улучшилось состояние зрительного восприятия, пространственных представлений (Катя научилась опознавать картинку и собирать их из частей, играть в лото, начала играть в конструктор и кубики, появился простой предметный рисунок).

Динамика речевого развития была незначительная. Понимание обращенной речи оставалось резко ограниченным, ситуативным, но стало доступно понимание часто употребляемых фраз в знакомых ситуациях. Пассивный словарь расширился крайне медленно, девочка узнавала только самые знакомые слова (имена близких, детей в группе, названия нескольких бытовых предметов). Понимание предложных, логико-грамматических конструкций было недоступно. Катя могла выполнить одноступенчатую инструкцию в знакомой ситуации (ориентируясь по ситуации). Девочка запомнила две буквы, узнавала их, могла показать по инструкции. Сформировать чтение как опору для понимания речи за это время не удалось.

Экспрессивная сторона речи: короткая аграмматичная аморфная фраза. Словарный запас обеднен, словообразование и словоизменение недоступны, слоговая структура слова нарушена (заменяет, опускает, переставляет слоги). Для общения использует привычные отработанные речевые штампы; если на них не реагируют – кричит или пытается воздействовать физически: отнимает нужный ей предмет, тащит взрослого за руку и т.д.

Фонетико-фонематическая сторона речи: фонему среди других фонем не выделяет, речевое дыхание укороченное, не сформирован речевой выдох, периодически возникают запинки в речи, голос тихий, сдавленный, маломодулированный; речь смазана, отмечают множественные замены звуков, ротацизм, парасигматизм, ламбдацизм.

В общем комплексе нарушений у девочки одним из определяющих факторов была высокая истощаемость: Катя очень быстро уставала и теряла интерес даже к привлекательным для нее видам деятельности, тем более к тем, которые были для нее трудны (к ним относятся прежде всего занятия по звуковому анализу, работа с зашумленными изображениями и разрезными картинками).

Кате требовалось длительное время для того, чтобы сориентироваться в новой ситуации, разобраться в содержании задания, по-

нять структуру занятия и то, как она может участвовать в общей деятельности. Только разобравшись в ситуации, она могла активно участвовать в занятии и получать удовольствие от собственной активности и достигнутых успехов. Эти особенности эмоционально-волевой сферы затрудняли освоение новых видов деятельности, препятствовали контакту с новыми взрослыми.

На занятиях по двигательной терапии девочке было трудно повторить и удержать в течение нескольких секунд показанную педагогом позу. Время активного внимания было очень небольшим, ей постоянно требовалась организующая помощь взрослого – необходимо было комментировать ситуацию, напоминать Кате о задании, постоянно возвращать ее к прерванной работе.

Поскольку, несмотря на активную работу специалистов, в течение долгого времени не удалось добиться более выраженной динамики, возникла необходимость в повторной диагностике. К этому времени девочка адаптировалась в группе, познакомилась со специалистами и была готова выполнять различные задания. После дополнительного обследования, а также на основе анализа ее работы на занятиях была выдвинута новая гипотеза: трудности в развитии речи, связанные с дефицитом работы височных отделов головного мозга, имеют не первичный характер, а являются следствием функциональной слабости правого полушария. Таким образом, для преодоления имеющихся трудностей было необходимо стимулировать работу структур правого полушария, а также продолжать работу по развитию межполушарного взаимодействия, что позволило бы сформировать основу, на которой возможно и развитие вербальных функций.

Командой специалистов, работавших с Катей, было принято решение назначить девочке индивидуальные музыкальные занятия. Музыкальная деятельность дает возможность предложить ребенку разные виды активности на произвольном уровне, не требующие участия речи (понимания речевых инструкций или активной речи самого ребенка). Кроме того, музыкальные занятия очень эмоциональны, привлекательны для многих детей.

По содержанию и задачам индивидуальные музыкальные занятия отличались от групповых. На них учитывались особенности Кати (истощаемость психических процессов, слабость межполушарного взаимодействия, программирования и контроля деятельности, несформированность звукового анализа и т.д.), и программа выстраивалась таким образом, чтобы максимально развивать все указанные

процессы. Активность, которую можно предложить девочке на музыкальном занятии (пение, танец, игра на музыкальных инструментах и т.д.), была организована во времени таким образом, что внешний ритм был опорой для организации деятельности и давал Кате возможность ее самостоятельного контроля. Освоив различные музыкальные игры, танцы, песенки, Катя начала прислушиваться к предлагаемому ей ритму, встраивать во внешний ритм свою активность, подчиняться ему. Кроме конкретных навыков также отрабатывались темповые характеристики деятельности, неречевой слух, восприятие интонации, мелодики (речи и музыкальных произведений).

Особенности эмоционально-волевой сферы, затрудняющие знакомство с новыми людьми и обучение, проявились и на музыкальных занятиях: сначала Катя не хотела оставлять других детей, покидать уже освоенную ситуацию знакомого группового занятия и уходить в музыкальный зал. Но вскоре она стала меньше бояться нового и непривычного, научилась легче переходить от одного занятия к другому, при появлении музыкального терапевта охотно оставляла детей и шла за специалистом.

Сначала на занятиях сохранялась четкая структура, одни и те же упражнения чередовались в определенной последовательности – это позволило девочке довольно быстро сориентироваться в ситуации, она знала, чего ждать в каждый момент. Постепенно, когда Катя привыкла к порядку заданий, стало возможно добавлять в привычную канву занятия новые игры, менять порядок упражнений, и Катя легко принимала такие изменения. Во время занятия она с удовольствием соглашалась делать все, что ей предлагалось: кивала головой, говорила: «Да!».

Вскоре девочка запомнила, где лежит тот или иной инструмент, после выполнения очередного упражнения она начала помогать терапевту убирать на место инструменты и игрушки. При этом она активно передвигалась по залу, при необходимости залезала на стул, чтобы положить инструмент на полку. Таким образом, музыкальные занятия также способствовали освоению пространства зала. Кроме того, появились ритуалы начала и окончания некоторых упражнений и игр (например, Катя вместе с терапевтом доставала инструменты и убирала их на место, сыграв знакомую песенку).

Занятия включали различные игры и упражнения: приветствие, пение под гитару, игру на музыкальных инструментах, движение по залу под музыку, танец. Постепенно появлялись новые упражнения:



отгадывание звучащего инструмента, игра на ударных инструментах, ритмичная ходьба под стихи. Начиная с третьего-четвертого занятия последовательность игр могла меняться в зависимости от Катиного настроения или от того, какие успехи она показывала. Если, например, девочка правильно отгадывала все музыкальные инструменты и радовалась успеху, то сразу после этого ей снова предлагалось что-то внимательно послушать или отгадать; и наоборот, если Катя не справлялась с чем-либо и расстраивалась, чувствуя неудачу, следующее задание давало ей возможность пережить успех в другой области.

Одной из поставленных задач было развитие чувства ритма. При помощи разных музыкальных средств планировалось научить девочку воспринимать заданный ритм, чувствовать ритм исполняемой музыки, сопровождать музыку аккомпанементом, ритмично стуча или хлопая в ладоши.

На первых занятиях Катя, несмотря на то, что она очень старалась сделать все, как просил терапевт, не могла ни стучать, ни петь одновременно с ним (хотя самостоятельно она справлялась с аналогичным заданием довольно успешно). Трудность для нее представляла именно своевременность движений, синхронизация своих действий с действиями другого человека. Ей было сложно воспринимать и передавать ритмическую структуру песни, она сосредоточивалась на повторении слов, которые она слышала. Перейти к работе над ритмом удавалось только тогда, когда слова становились для нее знакомыми. В этом случае девочке было легче петь вместе с другим человеком (сначала стали доступны простые припевы с повторяющимися словами или слогами: «ля-ля-ля», «гав-гав-гав» и др.).

Для того чтобы облегчить девочке задачу ритмично стучать по коробочке, бубну, барабану, использовались разные опоры: терапевт не только выбирал песни с четким, простым ритмом, но и подчеркивал метр, топая ногой, кивая головой, выделяя сильную долю голосом, похлопывая девочку по плечу. Это помогало Кате удерживать ритм в течение нескольких секунд (меньше одного короткого куплета), но после этого она начинала стучать быстрее, чем требовалось, не слушая терапевта и не замечая, что она стучит иначе. Через месяц Катя стала дольше удерживать правильный ритм, но все равно довольно быстро теряла его (теперь девочка могла ритмично стучать или хлопать в течение двух куплетов вместе с терапевтом, после чего даже выбранные специально для нее опоры не помогали ей удерживаться в нужном темпе).

Привлечь внимание к музыке помогало исполнение песни со сменой ритма. Были выбраны песни «Калинка-малинка» и «Мы на лодочке катались», в которых медленный, плавный куплет сменяется быстрым припевом с более выраженным двудольным ритмом. Перед девочкой ставилась задача аккомпанировать на музыкальных инструментах и при этом играть быструю и медленную части песни по-разному. Катя с удовольствием брала два инструмента с различным звучанием (например, маракас и бубенчики), внимательно слушала пение терапевта, начинала играть и останавливалась одновременно с началом и прекращением звучания песни. Она довольно быстро научилась чувствовать характер музыки и выбирать соответствующий ей инструмент, а также менять инструмент, ориентируясь на замедление в конце куплета и припева. При этом она не могла уловить и воспроизвести темп и ритм песни, и даже если терапевт, подстраиваясь под ее аккомпанемент, пел в том темпе, который задавала Катя, через несколько секунд она все же сбивалась и начинала стучать быстрее.

Еще одной опорой для восприятия ритма для Кати были ее собственные движения. Девочка вместе с терапевтом ходила по кругу, высоко поднимая ноги и сильно топая в такт стихотворению «Я люблю свою лошадку», которое громко декламировал специалист. При этом терапевт крепко держал девочку за плечи и направлял ее движения. Катя сначала ориентировалась только на движения идущего рядом взрослого: смотрела на его ноги, старалась топнуть одновременно с ним. Также помогало и то, что терапевт раскачивал корпус девочки в нужном ритме, побуждая ее опускать ногу в тот момент, когда ей казалось, что сейчас она потеряет равновесие. Постепенно Катя стала прислушиваться к стихотворению и ориентироваться на его ритм. Через полтора месяца девочке удалось правильно выполнить упражнение, находясь на значительном расстоянии от терапевта: она по-прежнему следила за его движениями через зал, но не сбивалась с ритма и сама вместе с ним читала знакомое стихотворение. Похожие изменения произошли и в танце: если в начале занятий терапевт и Катя держались за руки и ему приходилось направлять все ее движения, то через три месяца также удалось разойтись в разные углы зала, и девочка, глядя на терапевта, выполняла все движения танца и пела вместе с ним.

Кроме того, в индивидуальной работе использовалось упражнение, знакомое Кате по групповым занятиям, – движение по залу

под музыку разного характера. Девочка легко различала знакомые ей музыкальные отрывки, под которые весь прошлый год она вместе с другими детьми ходила, бегала, прыгала и кружилась. Если раньше она могла действовать только по подражанию, повторять правильные движения за другими детьми, то теперь ей приходилось самой слушать музыку и решать, как именно надо двигаться. С этой задачей она успешно справлялась, если между быстрым и медленным отрывками были паузы. Она могла резко остановиться при прекращении звучания музыки и возобновить движение, когда музыка начинала звучать снова. На ее постепенное замедление и ускорение девочка сначала никак не реагировала. Если во время исполнения медленной музыки перерывы следовали часто, она особенно внимательно слушала и была готова остановиться в любой момент. Это позволило обратить внимание девочки на замедление: чем медленнее музыка, тем более внимательно Катя прислушивалась к ней, ожидая остановки. Ускорения она по-прежнему не замечала.

При игре на ударных инструментах также использовалась опора на движения другого человека. Перед Катей и терапевтом стояли барабан и тарелка. В одной руке они держали по палочке, свободная рука тоже участвовала в игре, и, таким образом, игра предполагала участие обеих рук, координацию их движений. В начале занятий Катя брала палочку в левую руку, и поэтому тарелка стояла слева от нее. Когда игра на тарелке и барабана стала для нее привычной, дополнительно была поставлена задача активизации правой руки – для этого терапевт ставил тарелку справа от девочки, и она, увидев это, перекладывала палочку в другую руку, соглашаясь использовать правую руку как ведущую.

Сначала девочка училась ударять ладошкой в барабан и палочкой по тарелке одновременно с терапевтом, чередуя эти движения. Терапевт, играя на барабанах, высоко поднимал руку и тем самым давал Кате возможность проследить за довольно медленным движением большой амплитуды – это давало ей возможность предугадать, в какой момент палочка в руке терапевта опустится и ударит по барабану, и ударить в барабан одновременно с ним. Сначала Катя быстро сбивалась на более быстрый темп, но постепенно стала ориентироваться на другого человека и уже на третий раз смогла, глядя на терапевта, все время стучать ритмично. Игру на барабанах и тарелке сопровождала песня «Веселый барабанщик» – перед девочкой не ставилась задача петь, акцент делался на ритмичной игре. Через два

месяца Катя уже могла играть без помощи взрослого. Исполнив один куплет вместе с Катей и убедившись, что она уверенно держит ритм песни, терапевт переставал стучать, но начинал хлопать в ладоши, и остальные два куплета девочка играла сама, ориентируясь по слуху (когда она начинала играть чуть быстрее, терапевт помогал ей, некоторое время топая в такт ногой).

Для развития слухового внимания и восприятия использовались различные упражнения. Кате особенно нравилось искать среди нескольких музыкальных инструментов такой же, как тот, на котором играет терапевт, узнавая его по звучанию. Сначала актуальной задачей для девочки было различение контрастных звуков (маракас и бубен, барабан и деревянная коробочка), но постепенно задача усложнилась, и девочка научилась отгадывать по два последовательно звучащих инструмента, причем среди них были такие, которые звучат очень похоже, – бубенчики, бубен и металлофон, два разных маракаса и др.

После трех месяцев занятий Катя начала лучше чувствовать заданный ритм и передавать его в собственных движениях и пении. Кроме этого, к концу описываемого периода девочка стала активно играть на музыкальных инструментах двумя руками, движения во время танца стали более разнообразными, плавными и уверенными.

К середине описываемого периода отмечалось выраженное улучшение в развитии речи Кати. Увеличилось количество часто встречающихся в обиходе слов (в первую очередь существительных), которые Катя понимала из речи говорящего взрослого. Почти сразу же она смогла использовать их в активной речи. Пассивный словарь все равно оставался сужен, Катя по-прежнему понимала и использовала мало глаголов, хотя появилась возможность опознания на слух основных бытовых глаголов (идет, стоит, ест и т.д.). Значительно улучшилась импрессивная сторона речи. Она начала понимать простые конструкции с использованием предлогов «в», «на», «под». Стало возможно удержание двухступенчатой инструкции, хотя Катя часто путала порядок действий.

Была выдвинута гипотеза, что причина описанных изменений – в развитии слухового внимания, которое произошло благодаря музыкальным занятиям: привлечение внимания девочки сначала к неречевым музыкальным звукам (музыка, исполняемая на фортепиано, звук музыкальных инструментов), а затем – к песням, в которых объединяется мелодия, ритм, интонация и слова, позволило Кате

иначе воспринимать и собственную речь, и речь других людей. Появилась возможность произвольного анализа звуков речи, а следовательно, лучшего понимания речи окружающих и контроля за своей речью. Кроме того, улучшение взаимодействия рук и общей моторики способствовало развитию межполушарного взаимодействия, благодаря которому расширились возможности интеграции вербального и невербального анализа, понимания как интонации, так и смысла речи говорящего.

Динамика речевого развития была связана с различными факторами. Среди них посещение Катей группы детей, где на разных занятиях и в свободной игре девочка имела возможность взаимодействовать с детьми и педагогами. У нее появились друзья, с которыми она предпочитала играть вместе. Занятия в группе поддерживали у Кати мотивацию к речевому общению и расширяли ее речевой опыт.

Все это время продолжались попытки обучения звуковому анализу с привлечением различных опор (зрительных, двигательных, кинестетических). К концу указанного периода (его можно отнести к моменту начала освоения ритма) Катя стала выделять звук среди других оппозиционных, первый ударный гласный в слове. Она научилась воспроизводить трехсложные слова с использованием внешних опор: 1) отхлопывания количества слогов; 2) опоры на телесный жест – символ буквы, стоящей в начале слога; 3) зрительной схемы слоговой структуры, соединенной с размашистым движением рук (каждый слог изображается отдельной карточкой, Катя ударяет по карточке одновременно с произнесением слога). Но на сегодняшний день эта деятельность остается трудной для Кати – она по-прежнему очень быстро истощается.

Расширение возможностей слухового анализа значительно улучшило звукопроизношение. В Катиной речи появились слова с правильным звуковым оформлением (но пока это относится только к часто употребляемым словам бытового словаря). Она начала иначе строить более развернутые фразы, стало возможно построение предложения из 3–4 слов со зрительной опорой. В формировании письменной речи девочки тоже наблюдалась некоторая динамика – к концу описываемого периода Катя знала уже пять букв.

Таким образом, использование индивидуальной музыкальной терапии в работе с девочкой со смешанной формой алалии внесло

значимый вклад в изменение ее состояния. Основываясь на результатах наших занятий, можно сказать, что целенаправленная музыкальная терапия играет важную роль в коррекционной работе, так как дает специалисту возможность избирательно и тонко воздействовать на те или иные психические функции, в данном случае на процесс формирования речи.

# Организация сопровождаемого проживания лиц с тяжелыми и множественными нарушениями развития в г. Пскове

Е.А. Виноградова, А.Г. Нестерова, А.М. Царёв

Жизненная ситуация людей с тяжелыми психофизическими нарушениями в России остается на сегодняшний день острой социальной проблемой. Актуальность проблемы определяется маргинальным положением лиц с тяжелыми и множественными нарушениями развития. Существующая государственная система детских домов-интернатов для детей-инвалидов (ДДИ) и психоневрологических интернатов для взрослых (ПНИ) высокочатратна и не отвечает требованиям современного цивилизованного мира и международного законодательства, ориентированного на социальную интеграцию, а не на изоляцию лиц с инвалидностью.

Молодые люди с тяжелыми нарушениями развития, выросшие в родительском доме, в конечном счете тоже попадают в ПНИ. По мере взросления ребенка-инвалида многие родители оказываются в ситуации, когда они физически не в состоянии более обеспечивать надлежащий уход и сопровождение своему ребенку в условиях жизни в семье. Альтернативы психоневрологическим домам-интернатам для взрослых в нашем государстве сегодня не существует. Помещение молодого инвалида в ПНИ, по сути, перечеркивает коррекционную работу специалистов и семьи, направленную на социальную адаптацию и интеграцию, негативно меняет условия его жизни и всю ситуацию социального развития из-за снижения качества жизни. В связи с этим возникает необходимость изменения системы государственной поддержки лиц с тяжелыми нарушениями психофизического развития с целью обеспечения условий для включения их в жизнь общества, оказания поддержки в их стремлении к самостоятельной, полноценной жизни в обществе.

Принимая во внимание такую необходимость, несколько партнерских организаций (Псковский региональный общественный фонд поддержки инвалидов – ФПИ, Ассоциация родителей детей-инвалидов

г. Владимира «Свет», РБОО «Центр лечебной педагогики», Москва, международная гуманитарная организация Handicap International) разработали проект, направленный на создание такой модели проживания людей с инвалидностью, при которой они получают возможность жить в обществе, пользуясь при этом услугами социального сопровождения. Реализация проекта «Социальные инновационные подходы для подготовки молодых людей с тяжелыми умственными и психофизическими нарушениями к автономной жизни» происходила в Пскове, Владимире и Москве при поддержке программы ТАСИС Европейской Комиссии в 2005–2007 годах. В данной статье остановимся на описании части проекта, осуществлявшейся Псковским региональным общественным фондом поддержки инвалидов на базе специально организованного отделения учебного проживания.

Благодаря связям Псковского центра лечебной педагогики с немецкими партнерскими организациями в городе создана и успешно работает уникальная система помощи инвалидам с тяжелыми и множественными нарушениями в развитии от рождения до зрелого возраста. Эта система обеспечивается сетью медицинских, образовательных и социальных учреждений, специалисты которых оказывают квалифицированную помощь инвалиду и воспитывающей его семье на различных возрастных этапах: от 0 до 6 лет – службы ранней помощи, детские сады; 6–18 лет – центр лечебной педагогики, филиал школы VIII вида; от 18 лет – производственно-интеграционные мастерские для инвалидов. Однако, поскольку в этой сети отсутствует структура, помогающая решить вопросы организации проживания лиц с тяжелыми нарушениями развития, ФПИ стал одним из инициаторов проекта по сопровождаемому проживанию в Пскове.

Работа по проекту началась с изучения сложившегося опыта сопровождаемого проживания за рубежом (Германия, Голландия) и в России (Санкт-Петербург, Ленинградская область – дер. Светлана, г. Порхов Псковской области).

Анализ зарубежного опыта позволил определить основные тенденции развития сопровождаемого проживания в Западной Европе:

- разукрупнение интернатных учреждений;
- предоставление квартир, домов или их частей для жизни людей с тяжелыми нарушениями развития на условиях аренды или собственности;
- создание рынка социальных услуг для обеспечения сопровождения проживания лиц с тяжелой инвалидностью.



Изучение отечественного опыта поддерживаемого проживания выявило, что преимущественной формой является социальная гостиница (Санкт-Петербург, Порхов), предоставляющая инвалиду возможность проживания на временной основе. Постоянное проживание в квартирах, в условиях малых групп, затруднено в связи с отсутствием законодательной основы сопровождения. Кроме того, специалисты отмечают низкий уровень готовности молодых людей с тяжелыми нарушениями развития к жизни вне родительского дома даже в тех случаях, когда у них имеются потенциальные возможности для ведения относительно самостоятельной жизни.

С учетом собранных сведений, мы определили следующие задачи в качестве приоритетных для реализации проекта в Пскове:

- разработать и апробировать модель подготовки к самостоятельной жизни молодых людей с тяжелыми нарушениями развития, опираясь на инновационный европейский и российский опыт;
- подготовить молодых людей с инвалидностью к самостоятельному проживанию в условиях учебной квартиры;
- способствовать развитию толерантного отношения общества к инвалидам;
- разработать концепцию службы сопровождаемого проживания лиц с тяжелыми нарушениями развития в Пскове.

Далее остановимся подробнее на организации условий психолого-педагогической работы с молодыми людьми, проходившими обучение самостоятельной жизни.

В качестве базы для осуществления проекта при ФПИ было создано отделение учебного проживания. Штат отделения включал трех социальных педагогов и одного психолога. Работа осуществлялась на базе трехкомнатной квартиры в обычном жилом доме, приобретенной на средства Евангелической церковной общины «Вассенберг» (Германия). Квартира и подъезд дома были адаптированы к особым потребностям молодых людей, имеющих различные нарушения опорно-двигательного аппарата. В частности, в подъезде дома был сооружен пандус, в квартире совмещен санузел, ванна заменена на душевую кабину, в санузле установлены поручни. Квартира была оборудована обычной мебелью и оснащена бытовыми приборами: микроволновой печью, кухонным комбайном, электрическим чайником и др.

В течение полутора лет в квартире учебного проживания прошли обучение 14 молодых людей (в возрасте от 18 до 36 лет) с нарушениями развития разной степени тяжести, которых мы обозначили

как «студентов». Все они посещают производственно-интеграционные мастерские для инвалидов г. Пскова. Обучение самостоятельной жизни в квартире проходило курсами. Длительность курса обычно составляла от трех до пяти месяцев. Двое молодых людей с более сложными нарушениями (юноша, который не может сам передвигаться и совершать руками действия вследствие ДЦП, девушка с осложненной формой аутизма) обучались по одному месяцу.

В целях преемственности обучения подготовка к самостоятельному проживанию не ограничивалась рамками учебной квартиры, она продолжалась в условиях родительского дома и в мастерских, где работали студенты, поэтому были выделены два основных направления психолого-педагогической работы: собственно обучение студентов и консультативно-методическая работа с семьями.

Организация обучения происходила следующим образом. На *первом этапе* проводился отбор студентов, знакомство персонала проекта с кандидатами и с их семьями, информирование о целях и условиях проекта. Педагоги проводили опрос молодых инвалидов, их родителей с целью выявления желающих участвовать в проекте. Начиная работу, мы ориентировались на то, что в проекте будут принимать участие те молодые люди с тяжелыми и множественными нарушениями развития, у которых имеются предпосылки для формирования навыков самообслуживания, жизнеобеспечения и взаимодействия с окружающими.

Отбор участников проекта и комплектование учебной группы производились с учетом следующих критериев:

- желание молодых людей участвовать в проекте;
- готовность родителей (опекунов) к сотрудничеству;
- возраст студентов (не моложе 18 лет);
- разнополый состав группы (в группу принимались два молодых человека и две девушки);
- психологическая совместимость потенциальных участников (она выявлялась в ходе беседы с кандидатами, их родителями и персоналом мастерских);
- уровень самостоятельности и объем предполагаемой помощи (группы комплектуются таким образом, чтобы в их составе были молодые люди с разным уровнем самостоятельности и различными физическими и умственными способностями);
- согласие студентов и их родителей (опекунов) вносить финансовый вклад в проект: за счет пенсии по инвалидности оплачивать

коммунальные расходы, питание и приобретение необходимых расходных материалов.

На *втором этапе* происходило оформление документации: педагогический совет проекта принимал решение о приеме и заключал договор с родителями (опекунами) и с самими студентами. Родители заполняли анкету, указывали свои ожидания от проекта. В ходе первой недели обучения на каждого студента составлялась психолого-педагогическая характеристика и индивидуальная программа обучения. В индивидуальной программе подробно прописывалось содержание обучения студента по каждому направлению (см. третий этап).

*Третий этап* – собственно процесс обучения самостоятельной жизни, который проводился по трем направлениям:

- бытовая деятельность;
- досуговая деятельность;
- социально-коммуникативная деятельность.

В рамках *бытовой деятельности* происходило обучение уборке квартиры, уходу за вещами, осуществлению гигиенических процедур, проведению элементарных финансовых расчетов и планированию своего бюджета, осуществлению коммунальных и других платежей, покупок, приготовлению пищи.

Обучение *социально-коммуникативной* деятельности включало развитие межличностных отношений, ориентацию в социальном пространстве, усвоение общепринятых норм и правил и их применение в повседневной жизни.

Направление «*досуговая деятельность*» предполагало обучение выбору и организации своего свободного времени, формирование потребности и умения посещать общественно-культурные места, ходить на прогулку, выезжать за город и т.д.

При выборе режима мы взяли за основу общепринятый для большинства взрослых людей повседневный жизненный ритм: утром и днем по будням – работа, вечером – отдых и бытовые дела по дому, по выходным дням – отдых дома и в различных культурных центрах города. Так, с понедельника по пятницу после окончания работы студенты приезжают в учебную квартиру на общественном или специальном транспорте, где их встречают педагоги. С момента приезда и до вечера, а также утром до отъезда на работу студенты участвуют в различных учебных мероприятиях, направленных на развитие у них самостоятельной бытовой, досуговой и прочей деятельности.

Каждую четвертую субботу студенты проводят в ОУП с целью обучения организации своего свободного времени в выходные дни. В выходные и праздничные дни, а также в случае болезни студенты проживают с родителями.

Такой режим является приближенным к обычной жизни взрослых людей, поэтому обучение носило естественный характер и было гармонично связано с решением повседневных жизненных задач, что позволило сформировать более стойкую и долговременную мотивацию самостоятельной деятельности в квартире. Важную роль играла продолжительность курса обучения. На наш взгляд, именно длительное проживание в учебной квартире позволяет скорректировать и закрепить навыки самостоятельной жизни.

На завершающем, *четвертом этапе* на каждого учащегося вновь составлялась характеристика, где отражались изменения, произошедшие с ним после прохождения курса учебного проживания. В качестве ведущих критериев эффективности обучения выступали как уровень усвоения тех или иных навыков, так и уменьшение объема оказываемой помощи со стороны специалистов.

В качестве примера приведем фрагмент характеристики учащейся отделения учебного проживания и результаты обучения.

### **Характеристика учащейся отделения учебного проживания в период с 13.1.06 по 13.05.06 Марины М. (г. Псков, ЦЛП)**

#### **I. Общие сведения**

Марина Александровна М., род. 16.06.1980.

Закончила в 1997 г. специальную (коррекционную) школу VIII вида № 2 г. Пскова.

В настоящее время работает в отделении растениеводства Производственно-интеграционных мастерских для инвалидов г. Пскова.

#### **II. Социальная картина развития**

Семья полная, единственный ребенок в семье. Мать Наталья Александровна М. – педагог коррекционной школы V вида. Отец Александр Михайлович М. – военный пенсионер.

Семья проживает в двухкомнатной квартире многоквартирного жилого дома в спальном районе города. Бытовые условия хоро-

шие: квартира со всеми удобствами, оснащена различными бытовыми приборами. У Марины есть своя комната.

В семье по отношению к Марине проявляют чрезмерную заботу: родители выполняют то, что Марина могла бы делать сама, хотя признают необходимость повышения самостоятельности своей дочери, указывают на приоритетные области для обучения: обращение с деньгами, самостоятельное приготовление пищи. Родители готовы к сотрудничеству, положительно воспринимают рекомендации педагогов, стараются им следовать.

### **III. Индивидуальные особенности**

#### *1. Физический статус (особые потребности).*

У девушки нет выраженных двигательных нарушений, но отмечается дискоординация движений, усиливающаяся при эмоциональном возбуждении, при этом часто возникает состояние, близкое к ступору: Марина перестает реагировать на обращение, просьбы, появляются стереотипные движения. Имеются незначительные нарушения мелкой моторики (неточные движения пальцев рук), из-за чего возникают трудности при выполнении ручной работы (в использовании ножа, других инструментов).

Марине трудно перешагивать и преодолевать препятствия выше «уровня колен»: так, например, возникает необходимость подняться на возвышение, чтобы войти в ванну. Других специальных приспособлений не требуется. Отмечается недостаток тактильных ощущений, что проявляется в постоянных прикосновениях, поглаживаниях, объятиях, щипании других людей.

#### *2. Психическое развитие.*

Марина эмоционально отзывчива. В процессе общения эмоциональные реакции Марины бывают неадекватны ситуации, с яркими проявлениями эйфорий (сгибается от хохота, убегает, показывает на собеседника пальцем). Содержание привычных режимных действий принимает характер ритуалов: приготовление ко сну, одевание, раздевание, складывание одежды в шкаф. Адекватная реакция на какое-либо событие или ситуацию часто следует позже – когда проходит состояние возбуждения. Иногда для выхода из состояния эмоционального ступора или перевозбуждения Марине необходима помощь: переключение, устранение причины негативного состояния, игнорирование.

Мышление у девушки конкретное, наглядно-действенное. Умеет объяснять поведение окружающих людей. Хорошо помнит о прошедших событиях, достаточно легко может воспроизвести запланированные дела; запоминает последовательность выполнения операций предметной деятельности, имеет хорошую зрительную память.

Коммуникативная функция речи не нарушена, но в период эмоционального возбуждения Марина многократно воспроизводит одни и те же вопросы, фразы. Владеет чтением и письмом, но пользуется ими неохотно. Навыки письменной речи может применять в бытовых целях: читает вывески, может записать и прочесть несложный рецепт приготовления блюда. Может использовать внешний алгоритм и следовать ему.

Ориентируется во временной организации жизни, предвидит результат своей деятельности, распознает правильные и неправильные поступки на уровне «хорошо–плохо». Переносит приобретенные навыки в новые условия.

Внимание: неустойчивое, легко соскальзывает на другой заинтересовавший ее вид деятельности. Характерна быстрая утомляемость и, как следствие, потеря интереса к выполняемой в данный момент деятельности.

### *3. Индивидуально-личностные особенности.*

Марина вспыльчивая, неуравновешенная, возбудимая. В новых обстоятельствах теряется, замыкается, хотя в привычных ситуациях реагирует на предметы и людей эмоционально, открыто.

Девушка нуждается в регулярной эмоциональной поддержке, одобрении, внимании. Ревниво реагирует, если внимание окружающих достается не ей. Для привлечения внимания использует как положительные, так и негативные приемы: щипается, обзывается.

В отношениях с другими людьми старается занять главенствующую позицию. Зачастую переоценивает свои возможности. Избирательна во взаимоотношениях: к людям, превосходящим ее по способностям, относится дружелюбно, заискивающе; к тем, кто, по ее мнению, в чем-то ей уступает – пренебрежительно, иногда жестоко.

Ревностно относится к своему личному пространству и вещам. Аккуратна и педантична в организации пространства (шкаф, тумбочка, кровать, место за столом). Однажды выработанные правила строго соблюдает. Выполнение действий носит стереотипный, ритуальный характер.

## Выводы

В целом, Марина обладает высоким уровнем самостоятельности, так как владеет основными гигиеническими навыками, не нуждается в специальной организации быта. Адекватно ориентируется в социально-бытовых ситуациях, но ей требуется помощь в организации самостоятельной деятельности (составлении расписания своего дня, планировании необходимых дел), в общении с окружающими (обращении к незнакомым людям, соблюдении общепринятых правил в общении), в обращении с деньгами (расчете предстоящих расходов, оплате покупок).

## Сформированность навыков самостоятельной жизни Марины М. до и после обучения (период обучения: с 13.01.06 по 13.05.06)

до поступления в ОУП	после курса обучения в ОУП
<b>I. Социально-бытовая деятельность</b>	
<b>самообслуживание</b>	
Самостоятельно одевается / раздевается. Выбирает вещи сама, но подолгу носит одну и ту же одежду, трудно убедить надеть что-нибудь другое.	Стала проявлять большую инициативу при выборе одежды.
Личная гигиена. Все гигиенические процедуры выполняет самостоятельно, в определенной ритуальной последовательности. Необходима помощь для перешагивания кромки ванны.	Научилась самостоятельно забираться в ванную.
<b>Кулинария</b>	
Необходимо напоминание для соблюдения правил гигиены при приготовлении пищи: забывает мыть руки, не поддерживает рабочее место в чистоте, снимает пробу блюда руками. Может поднять с пола упавший продукт и использовать его при приготовлении пищи. Посуду моет некачественно и нерационально, с использованием большого количества воды и моющего средства.	Научилась соблюдать упомянутые правила гигиены. Стала чище мыть посуду, контролирует чистоту рабочего места.

---

Не зажигает плиту спичками.  
Необходима помощь  
при регулировании силы пламени.  
Не пользуется микроволновой печью,  
нужна значительная помощь  
в использовании кухонного комбайна.

---

Стала самостоятельно  
разжигать плиту спичками,  
регулюет пламя, но только  
после напоминания.  
Научилась пользоваться  
микроволновой печью,  
но нуждается  
в консультативной помощи  
при выборе режима.  
В использовании  
кухонного комбайна нуждается  
в небольшой помощи  
при его сборке и выборе насадки.

---

Знает и выполняет основные операции  
обработки и приготовления продуктов  
(мытьё, нарезание, очистка, натирание,  
перемешивание). При жарке, варке,  
тушении необходимы контроль  
и помощь. Самостоятельно приготовить  
блюдо по рецепту, от начала до конца,  
не может. Все операции выполняет  
очень медленно, не контролирует  
процесс приготовления.  
Не распознает качество продуктов.

---

Научилась самостоятельно  
жарить продукты,  
переворачивать их в процессе  
приготовления. Научилась  
пользоваться таймером,  
но не всегда его использует.  
Готовит самостоятельно  
несложные блюда по рецепту:  
варит пельмени, макароны,  
жарит полуфабрикаты.  
При приготовлении блюда  
пользуется подробным,  
расписанным по операциям  
рецептом.  
Испытывает трудности в оценке  
качества приготовленной пищи.  
После направления внимания  
определяет, что продукт испорчен.

---

#### уход за вещами

---

Бережно относится к своим вещам,  
хранит каждую вещь в отдельном  
пакетике. Следит за чистотой вещей,  
ежедневно стирает нижнее белье  
руками. В автоматической машине  
стирать не умеет. Утюгом гладит  
самостоятельно, качественно,  
но очень медленно. Трудности возникают  
при складывании белья.

---

Освоила стирку в машине-  
автомате (сортирует белье,  
насыпает нужное количество  
порошка, но выбирает  
программу по подражанию).  
В навыках ухода за одеждой  
видимых изменений  
не произошло.

---

Самостоятельно одежду  
не ремонтирует, но видит  
необходимость ремонта.

---

Без изменений.

---



---

### уборка помещения

---

Не соблюдает последовательности операций уборки. Не определяет направление движения при мытье полов, не освобождает пространство для уборки, не видит необходимости в смене воды и споласкивании тряпки, набирает недостаточное количество воды. После уборки не возвращает вещи на свои места. Вытирает пыль только на уровне своего роста, верхние полки вытирать отказывается.

Не умеет чистить сантехнику.

Набирает необходимое количество воды. Последовательность при мытье полов соблюдать не может. Вытирает пыль с верхних полок (необходима помощь, когда Марина становится на стул).

Научилась выполнять последовательность действий при чистке раковины, крана, ванны, унитаза. Пользуется перчатками, выбирает нужное средство.

---

### ведение финансовых расчетов

---

Имеет представление о номинальной стоимости монет. Но размен купюр не осуществляет. Испытывает затруднения при оплате покупок (как правило, дает самую большую купюру, имеющуюся в наличии, при оплате покупки любой стоимости). Полученную сдачу не проверяет. Знает об источниках дохода, но не имеет представления о размере своих доходов. Деньги не тратит, складывает их в копилку без определенной цели, не рассчитывая как-либо их потратить.

Коммунальные услуги не оплачивает.

Стала ориентироваться в стоимости товаров, выбирает товар по более низкой цене. Полученную сдачу проверяет дома. Стала учитывать одну из статей расходов: со своей зарплаты она должна приобрести проездной билет.

Имеет представление о необходимости коммунальных платежей, знает место, где производится оплата.

---

---

## **II. Социально-коммуникативная деятельность**

---

### **покупки**

---

Определяет необходимость приобретения вещей и продуктов. Возникают трудности при выборе конкретных вещей, продуктов из ассортимента товаров. Общения с персоналом в магазине избегает. При невозможности избежать общения отказывается что-либо покупать. При оплате подает самую большую купюру, имеющуюся в наличии.

---

Составляет список необходимых продуктов, при покупках опирается на него.

Стала более свободно общаться с продавцами. Трудности с расчетом за покупку остались.

---

### **межличностные отношения**

---

Поведение эгоистичное, не учитывает интересы и желания других людей. Не распознает эмоциональное состояние других людей.

---

Появилась эмпатия по отношению к близким людям. Стала учитывать мнения и интересы других.

---

### **пользование городским транспортом**

---

Самостоятельно ездит на работу и с работы на двух автобусах, с пересадкой.

---

Перенесла имеющиеся навыки в новую ситуацию. С трудом ориентируется, как добраться до нового места, но из нового места дорогу до дома определяет хорошо.

---

Если идет в группе людей, то не соблюдает правила дорожного движения и не обращает внимание на возможную опасность, хотя соблюдает их, когда передвигается одна.

---

Без изменений.

---

## **III. Организация досуга**

---

### **проведение свободного времени**

---

Предпочитает всем видам деятельности прослушивание музыки. Свое свободное время заполняет переключением вещей в шкафу.

---

Проявляет интерес к рукоделию: вязанию на вязальной машине, макраме. Прослушивание музыки стало менее актуальным.

---

### **посещение общественно-культурных мест**

---

Не имеет достаточного опыта.

---

Высказывает предпочтения по поводу вариантов проведения досуга, но в рамках известного. Однако в общественных местах чувствует себя неуверенно, скованно, и, как следствие, нуждается в сопровождении. Требуется более длительная работа по данному направлению.

---

Анализируя проделанную работу учебной группы, можно сказать, что из трех обозначенных направлений обучения наибольшее продвижение наблюдается по первому из них – «Бытовая деятельность». Наиболее значительные результаты получены в обучении уборке помещений. К моменту начала проекта лишь отдельные студенты ранее занимались уборкой в домашних условиях, качество уборки часто оставляло желать лучшего, но на конец обучения 90% студентов научились выполнять отдельные виды работ по уборке помещения (с помощью или самостоятельно), половина из них научилась самостоятельно убирать квартиру. Такой же результат наблюдается в области обучения приготовлению пищи.

Почти у всех студентов (90%) удалось скорректировать представления о режиме приема пищи, отработать отдельные операции по обработке продуктов и приготовлению блюд либо значительно расширить уже имеющийся опыт в этом виде деятельности. Навыки приготовления пищи успешно перенесены в домашние условия.

У большинства молодых людей (85%) снизилась потребность в посторонней помощи при выполнении гигиенических процедур и уходе за вещами. Такие высокие показатели отчасти объясняются и тем, что в домашних условиях родители зачастую все делают за своего ребенка сами: хотя возможности самостоятельного ухода за собой и вещами у большинства ребят присутствуют, такие умения не поддерживаются в семье.

Многие студенты (35%) научились самостоятельно одеваться, раздеваться, застегивать обувь, выбирать одежду в соответствии с ситуацией.

Для достижения устойчивых результатов по таким направлениям, как социально-коммуникативная и досуговая деятельность, необходима более длительная работа. Однако и в этих направлениях отмечались положительные изменения. У всех молодых людей расширились представления о вариантах проведения своего свободного времени. Они научились выбирать наиболее привлекательный для них вид отдыха из уже знакомых.

У всех студентов до начала обучения имелся опыт пользования общественным транспортом, опыт осуществления покупок, посещения общественно-культурных мест, но степень их самостоятельности была очень низкой. Такие виды деятельности, как планирование бюджета, осуществление коммунальных платежей, были знакомы лишь 3 студентам.

В конце курса обучения 50% студентов приобрели опыт оплаты коммунальных услуг, знали, где, как и для чего она осуществляется. Однако обучение планированию расходов, которое велось с тремя студентами, обозначило ряд трудностей и требует продолжения работы.

Следует отметить изменения в поведении, эмоциональном настрое, самооценке студентов. По нашим наблюдениям и по мнению родителей, большинство молодых людей стали более раскрепощенными, уверенными в себе, некоторые студенты начали более ответственно относиться к труду и стали более внимательны к чувствам окружающих.

К сожалению, нужно отметить, что приобретенные в отделении учебного проживания навыки не всегда находили применение дома. Это связано как с особенностями развития самих студентов, так и с проявлением повышенной заботы со стороны родителей.

Таким образом, за два года работы отделения учебного проживания получены следующие результаты:

- у всех студентов, прошедших курс обучения в квартире учебного проживания, отмечается положительная динамика. Это проявилось в формировании новых навыков самообслуживания, ведения домашнего хозяйства, расширении диапазона общения, а также в увеличении числа способов и изменении качества проведения свободного времени;

- качественные изменения в сформированности бытовых навыков студентов привели к уменьшению объема предоставляемой им помощи со стороны сопровождающих;

- разработан и апробирован распорядок жизнедеятельности инвалидов в условиях учебной квартиры;

- разработан пакет документов для организации обучения студентов: характеристика, программа, дневник наблюдения, анкеты, формы договоров;

- установлена потребность студентов в объеме посторонней помощи (от частичной до полной). В ходе проекта обучение на базе учебной квартиры прошли молодые люди с различным уровнем самостоятельности. Установление потребности в посторонней помощи позволило определить количество сопровождающих и время их работы;

- повысилась информированность и заинтересованность родителей в обучении их взрослых детей самостоятельной жизни.

В качестве требующих дальнейшей разработки определены следующие проблемы:

- затрудненный перенос сформированных навыков в новые условия, например в условия родительского дома;

- отсутствие четких законодательных механизмов функционирования сопровождаемого проживания;

- в ходе реализации программы мы сталкиваемся с трудностями, обусловленными неготовностью общества к принятию людей с ограниченными возможностями как граждан с равными правами. К сожалению, часто приходится сталкиваться с нетерпимым отношением отдельных лиц к людям с ограниченными возможностями;

- инфраструктура многих магазинов, кафе, кинотеатров, залов и других публичных заведений не приспособлена к нуждам этой категории лиц. Отсутствие пандусов, специально оборудованных туалетов, узкие дверные проемы затрудняют посещение инвалидами общественных мест. Вместе с тем, следует отметить, что многие учреждения и организации идут навстречу инвалидам, делают для них скидки на предоставление услуг, проявляют интерес к работе с ними.

Работа отделения учебного проживания по завершении проекта не прекратилась. Отделение стало структурным подразделением МОУ «Центр лечебной педагогики», и работники производственно-интеграционных мастерских остаются его студентами.

Вместе с тем, остается нерешенной проблема сопровождаемого проживания людей с инвалидностью, родители и родственники которых не могут обеспечить им необходимое сопровождение в домашних условиях. С учетом этого мы разработали концепцию службы сопровождаемого проживания в г. Пскове. Ниже кратко остановимся на основных положениях данной концепции.

При разработке концепции мы исходили из того, что цель создания службы сопровождения проживания – обеспечение условий для реализации прав человека с тяжелыми и множественными нарушениями развития на достойную жизнь в своем сообществе, в котором он вырос, получил доступное образование и занятость.

Вовлечение человека с тяжелыми и множественными нарушениями развития в процесс «самостоятельного» проживания предполагает, в большей или меньшей степени, сопровождение человека с инвалидностью. Полностью самостоятельное проживание для чело-

века с такими нарушениями неосуществимо, однако в условиях сопровождаемого проживания он получает возможность повышать уровень своей самостоятельности в доступной бытовой, досуговой и иной социальной деятельности. В большинстве случаев данная группа населения нуждается в регулярной или в постоянной помощи в повседневной жизни со стороны других лиц, т.к. имеет вторую и третью степени выраженности ограничений основных категорий жизнедеятельности человека: способности к самообслуживанию; способности к самостоятельному передвижению; способности к ориентации; способности к общению; способности контролировать свое поведение; способности к обучению; способности к трудовой деятельности.<sup>1</sup>

Концепция раскрывает основные условия организации сопровождаемого проживания: нормативно-правовые, организационные, педагогические и ресурсные.

Законодательство РФ предусматривает создание органами исполнительной власти специальных служб социального обслуживания инвалидов (ФЗ № 181 «О социальной защите инвалидов в РФ», ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов»). В частности, предполагаются следующие формы социального обслуживания инвалидов:

1) социальное обслуживание на дому (включая социально-медицинское обслуживание);

2) полустационарное социальное обслуживание в отделениях дневного (ночного) пребывания учреждений социального обслуживания;

3) стационарное социальное обслуживание в стационарных учреждениях социального обслуживания: домах-интернатах, пансионатах и других учреждениях социального обслуживания независимо от их наименования (п. 1 ст. 16 ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» от 2 августа 1995 г. № 122-ФЗ – с изменениями от 10 января 2003 г., 22 августа 2004 г.).

Согласно п. 1 ст. 17 вышеупомянутого федерального закона, «социальное обслуживание на дому является одной из основных форм социального обслуживания, направленной на максимально возможное продление пребывания граждан пожилого возраста и инвалидов в привычной социальной среде в целях поддержания их социально-

<sup>1</sup> Приложение к приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 535 от 22 августа 2005 г.

го статуса, а также на защиту их прав и законных интересов». Все формы социального обслуживания инвалидов предполагают набор социальных услуг, которые могут быть предоставлены инвалиду как на бесплатной, так и на платной основе.

Законодательные документы РФ предусматривают предоставление инвалидам широкого спектра социальных услуг, которые могли бы быть востребованы в условиях сопровождаемого проживания лиц с тяжелыми нарушениями развития. Однако существующие механизмы реализации данного права не отвечают особым потребностям инвалидов с тяжелыми и множественными нарушениями развития. Так, согласно Методическим рекомендациям по организации деятельности государственного (муниципального) учреждения «Комплексный центр социального обслуживания населения», один социальный работник обслуживает 5–8 нуждающихся граждан не реже 3–4 раз в неделю, тогда как при организации проживания инвалидов с тяжелыми и множественными нарушениями необходимо постоянное присутствие социального работника.

Таким образом, налицо противоречие между федеральными законами, гарантирующими право инвалидов на услуги, и инструкциями, составленными таким образом, что инвалид не может воспользоваться своим правом. В связи с этим, концепция указывает на необходимость устранения противоречия в законодательстве.

Концепцией предусматривается возможность создания службы сопровождения проживания лиц с тяжелыми нарушениями развития в качестве отдельной организации или структурного подразделения какого-либо действующего учреждения социального обслуживания населения г. Пскова.

Структура службы сопровождения может включать несколько отделений. Первое отделение – отделение централизованного проживания (общежитие); оно создается для сопровождения лиц преимущественно первой и второй из вышеназванных групп и имеющих вторую и третью степени выраженности ограничений основных категорий жизнедеятельности человека: в самообслуживании, передвижении, ориентации, общении, контроле своего поведения. Степень их потребности в посторонней помощи – полная. Отделение централизованного проживания создается в форме небольшого общежития на 12–16 человек. Количество персонала должно исходить из расчета не менее одного сопровождающего на двух проживающих.

Второе отделение – отделение постоянного сопровождения; оно создается на базе адаптированных квартир обычного жилого дома. Данное отделение обеспечивает потребности в сопровождении лиц с различными ограничениями жизнедеятельности. Степень потребности в посторонней помощи проживающих в квартирах – частичная или полная. На базе одной трехкомнатной квартиры могут проживать до четырех инвалидов при постоянном сопровождении одного – двух социальных работников.

Третье отделение – периодического сопровождения проживания лиц с инвалидностью – оказывает услуги тем людям, которые способны жить самостоятельно, но время от времени нуждаются в помощи. Один социальный работник может обслуживать до восьми человек.

При комплектовании отделений важно использовать возможности интеграции. Группы проживающих в первом и втором отделениях должны быть неоднородны по степени потребности в посторонней помощи. Гетерогенный состав проживающих позволит организовать взаимопомощь самих инвалидов и сократить потребность в обслуживающем персонале.

Педагогические условия, представленные в концепции, определяются необходимостью не только помощи, но и обучения проживающих самостоятельной жизни. Задачи и содержание обучения перенесены из опыта работы отделения учебного проживания.

Согласно концепции, ресурсы, необходимые для работы службы сопровождаемого проживания, могут формироваться из различных источников: бюджета субъекта федерации и/или местного бюджета, платежей самих инвалидов, федеральных средств, выделяемых на осуществление мероприятий по реализации индивидуальной программы реабилитации инвалида, пожертвований, грантов и других средств.

Опыт западноевропейских стран свидетельствует о том, что бесплатное предоставление инвалидам жилых помещений и услуг сопровождения совсем не обязательно, но помощь для оплаты им необходима. Такая помощь могла бы быть предусмотрена существующим перечнем гарантированных государством социальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста и инвалидам государственными и муниципальными учреждениями социального обслуживания. Кроме того, важно, чтобы организации, предоставляющие услуги по сопровождению проживания, не распоряжались жилыми



помещениями, в которых проживают инвалиды. Такое разделение позволит создать рынок социальных услуг и обеспечит их выбор для человека с нарушениями развития и его законных представителей.

Реализация концепции в Пскове и других городах позволит создать альтернативную систему существующей сети ПНИ. Создание службы сопровождаемого проживания позволит экономить государственные средства, т.к. является менее затратной, о чем свидетельствует опыт отделения учебного проживания ФПИ (в среднем за 2006 г. расходы на одного проживающего в месяц составили 5760 руб.). Несомненным преимуществом сопровождаемого проживания является то, что оно позволяет реализовать принцип нормализации жизни инвалидов: есть работа, есть дом, и они не под одной крышей. Наконец, главное – люди могут жить в своем городе, среди других горожан.

От разработки до осуществления концепции службы сопровождаемого проживания, безусловно, расстояние не в один год, но опыт Центра лечебной педагогики г. Пскова свидетельствует, что заинтересованное сотрудничество родительской общественности, представителей власти и благотворителей позволит в ближайшем будущем решить проблему создания условий для достойной жизни сограждан с тяжелыми нарушениями развития.

# О сотрудничестве с семьями

А.Л. Битова, А.В. Рязанова

В этой небольшой статье мы хотели бы поговорить о развитии сотрудничества с семьями в организациях, оказывающих помощь детям с нарушениями развития. Мы проводим много семинаров по различным вопросам и видим, что тема взаимодействия с семьями является одной из самых обсуждаемых и волнующих: очень часто приходится слышать о трудностях взаимопонимания между специалистами и родителями.

## **С какими трудностями мы сталкиваемся чаще всего?**

Специалисты обычно жалуются на недостаточную поддержку своей работы со стороны семьи, ее малое участие, незаинтересованность в занятиях с ребенком дома, а иногда и полное игнорирование рекомендаций специалистов, рентную позицию родителей («семья, устроив ребенка в центр развития или школу, практически полностью снимает с себя всю ответственность за его воспитание и образование»). В некоторых организациях ситуация складывается таким образом, что специалисты, сочувствующие семье, воспитывающей ребенка с нарушениями, «понимая» всю сложность жизни – и психологическую («родителю нужен перерыв и отдых от ребенка и его проблем»), и экономическую («важно, чтобы родители работали, социальная пенсия маленькая, расходы семьи большие»), – сами способствуют такому «высвобождению» родителей.

Родители, в свою очередь, зачастую не понимают, что именно происходит с ребенком на занятиях, «что и как» они должны делать сами дома. Они жалуются, что предлагаемые специальные занятия с ребенком дома часто требуют изменения всего уклада жизни семьи и забирают много сил, или что заниматься дома у них просто не получается. Родитель чувствует себя неуспешным, усилия кажутся бессмысленными. Бывает также, что семья уже представляет, как должны строиться занятия с ребенком, например хочет определенных занятий или увеличения их продолжительности, но это пожелание может игнорироваться специалистами.

Такие ситуации в дальнейшем могут развиваться в сторону увеличения взаимного непонимания, недоверия, возникновения конфликтов, когда каждая из сторон постепенно утверждает во мнении, что именно она обладает действительно верным знанием о «потребностях» ребенка.

### **В чем же ценность сотрудничества и какие оно открывает дополнительные возможности?**

В том случае, когда между семьей и специалистами устанавливаются отношения сотрудничества, возникает преемственность между домашней и образовательно-терапевтической средой, очень важная для ребенка. Системы отношений в семье и на занятиях (в том числе наличие баланса между заботой и требованиями) становятся более устойчивыми, а значит и у ребенка появляются устойчивые ориентиры, которые помогают по-новому проживать свой опыт. Обычно это ведет к большему эмоциональному комфорту, появлению чувства уверенности у ребенка, возможности сообщать о своих потребностях и даже самому действовать в этой области, что увеличивает его самостоятельность. Благодаря преемственности ситуаций создаются условия для улучшения ориентации и более широкого использования освоенных ребенком умений и навыков, а, следовательно, для его развития (что особенно ценно, если ребенок имеет выраженные нарушения развития).

Для членов семьи сотрудничество со специалистами расширяет представление о собственной компетентности, придает уверенность в своих силах. Позиция родителя меняется от желания найти «такое место, где с моим ребенком будет заниматься замечательный специалист» и ожидания чуда до реального понимания своих возможностей и активного участия в процессе обучения и воспитания ребенка. Частая жалоба: «Ну да, у них-то (специалистов) получается,.. а у меня нет...» трансформируется в возможность обсуждения трудностей и успехов и формулирование реальной программы совместной деятельности, где определена роль каждой из сторон. С увеличением чувства вовлеченности и компетентности собственная роль родителя постепенно делается более ясной и осознаваемой, возникает очерченная зона собственной ответственности и активности. У членов семьи появляются силы и для себя, мир для самого родителя становится богаче, происходит оздоровление отношения к ребенку и к себе и, как следствие, меняется жизненная перспектива семьи в целом.

Для специалистов установление отношений сотрудничества предполагает изменение перспективы собственной профессиональной деятельности. В результате отсутствия диалога с семьей у специалиста, как правило, возникает ощущение тяжести неразделенного бремени ответственности, бесполезности вложенного труда, чувство обиды, злости и другие неприятные переживания. Сотрудничество с семьей дает специалисту ощущение востребованности собственной деятельности, ее осмысленности и другие позитивные переживания. Такое взаимодействие пробуждает ресурсы для творчества, поиска новых форм работы, уменьшает риск столь «популярного» ныне в среде специалистов эмоционального сгорания. Поскольку ребенок большую часть времени проводит с семьей и является, прежде всего, ее частью, вовлечение семьи в обучение и терапевтический процесс повышает эффективность деятельности специалиста и способствует тому, чтобы ее результаты становились более устойчивыми. В тех случаях, когда семья активно вовлекается в процесс занятий (родители присутствуют на занятиях или информируются о содержании занятий, принимают участие в обсуждении задач, программы занятий и т.д.), снижается риск возникновения у специалиста различного рода профессиональных деформаций (от идеи «высокого жертвенного служения» до негуманного отношения к людям, с которыми он работает)<sup>1</sup>.

Мы описали ценности сотрудничества и то, какие возможности оно открывает для семей и специалистов. И теперь мы хотели бы остановиться на наиболее значимых моментах в организации этого сотрудничества.

### **Некоторые распространенные ситуации, в которых тема сотрудничества особенно важна**

В тот момент, когда специалист начинает взаимодействовать с конкретной семьей, он, опираясь на свой профессиональный опыт и знания, может прогнозировать развитие различных ситуаций, касающихся ребенка. И, как правило, у специалиста уже есть некоторые

<sup>1</sup> Предотвращению профессиональной деформации способствует также использование разнообразных форм работы: открытые консилиумы и обсуждения практики, командная работа, привлечение к деятельности начинающих специалистов, волонтеров. Что может, в свою очередь, сделать ситуацию более открытой и полифоничной для семьи.

«готовые рецепты»: опыт подталкивает его к определенному видению ситуации и действиям, соответствующим этому видению. А каждая новая семья приходит со своей жизненной историей, своими психологическими трудностями, и в начале пути она чаще всего еще мало ориентирована в системе помощи и различных методах работы специалистов. У семьи, как правило, есть желание как можно быстрее получить наиболее эффективную помощь и вернуться к своей «обычной нормальной» жизни. Поэтому даже для уже «готовых рецептов», форм и методов работы, которые действительно существуют и эффективны, каждый раз возникают новые условия, существенно влияющие на ситуацию взаимодействия специалиста с семьей. Для того чтобы контакт с семьей состоялся, важно выбирать сотрудничающие стратегии взаимодействия, а для этого необходимо учитывать интересы и особенности всех участников, их слабые и сильные стороны, а также основной вектор развития жизни семьи в текущий момент.

*В качестве примера мы хотели бы поделиться здесь одной историей. Несколько лет назад в РБОО «Центр лечебной педагогики» начался проект работы с детьми с очень тяжелыми, множественными нарушениями развития. Дети приезжали на консультации несколько раз в месяц. Довольно скоро мы стали думать, что было бы полезно начать работу группы поддержки для родителей. Эта форма к тому времени хорошо себя зарекомендовала в ЦПП. На родительской группе мы планировали обсуждать педагогические задачи и информировать родителей по социальным и юридическим вопросам. Нам казалось, что это вызовет интерес и безусловно полезно для семей. Мы также рассчитывали, что это будет способствовать объединению родителей и в дальнейшем образуется инициативная группа, которая в роли наших партнеров сможет работать для улучшения качества жизни этой группы детей. Но когда мы начали приглашать родителей на общие встречи, они оказались мало заинтересованными в таких общих обсуждениях. А через некоторое время, когда мы пригласили на одну из встреч представителя уже давно существующей родительской организации, чтобы она поделилась опытом и рассказала о возможностях активного участия в построении достойной жизненной перспективы для ребенка, разговор произвел противоположный нашим ожиданиям эффект. Родители посчитали, что таким образом мы «выгоняем» их с занятий и требуем от них «непосильной социальной активности». Мы были озадачены и решили на время прекратить общие встречи. Мы начали искать другие формы*

*взаимодействия с семьями. Через некоторое время оказалось, что наиболее чувствительной к запросу родителей в тот момент формой стала помощь в понимании происходящего с ребенком на занятиях: педагог занимался с ребенком, а психолог комментировал для родителя занятие, помогал наблюдать за действиями педагога и за активностью самого ребенка, распознавать его ответы на различные воздействия. Родители стали больше доверять специалистам, подробнее рассказывать о ситуации дома, делиться своими трудностями. Постепенно детей стали объединять на общие занятия, вместе с ними начали объединяться и родители, возникли совместные обсуждения и интересы.*

В процессе взаимодействия с семьями часто возникают вопросы, связанные с различием в понимании и оценке родителями и специалистами текущего состояния ребенка, эффективности тех или иных методов воздействия. Если родители знают об этих различиях и боятся обнаруживать свои взгляды (например, опасаясь, что занятия с ребенком будут прекращены), то мы можем столкнуться с утаиванием информации о лечении или других методах работы с ребенком. Это, в свою очередь, может привести к неблагоприятным для ребенка последствиям, ухудшению его состояния в результате несогласованных воздействий. Отсюда следует, что нам (специалистам) следует быть достаточно открытыми, готовыми к обсуждению, уважению и пониманию позиции семьи. Не всегда разногласия удастся преодолеть быстро, однако если мы можем подождать, остановиться на определенном уровне договоренностей, то было бы правильно, сохраняя возможность обсуждения разногласий, дать семье время на размышления. В некоторых случаях мы действительно можем столкнуться с тем, что семья выбирает такие способы воздействия, которые оказываются для нас неприемлемыми, несовместимыми с нашим подходом. Многократные попытки договориться могут не привести к успеху. Мы считаем, что в этих случаях специалист может (а иногда и должен!) отказаться от дальнейшей работы. Однако, важно, чтобы ситуация оставалась открытой в том смысле, что у семьи сохранялась бы возможность вернуться на занятия, если она будет готова к диалогу.

Будущее ребенка с тяжелой инвалидностью – это еще одна область, где вопрос о сотрудничестве семей и специалистов звучит крайне остро. Для нас как для специалистов очень важно знать, куда даль-

ше пойдет учиться ребенок, с которым мы сейчас занимаемся, сможет ли он потом работать и где; будет ли у него возможность жить самостоятельно или с поддержкой. Когда такие перспективы есть, в нашей деятельности появляются более ясные цели и задачи, границы нашей работы становятся более очерченными. Очевидно, что когда речь заходит о таких объемных вопросах, как жизненная перспектива ребенка, то они не могут быть по существу разрешены без участия конкретной семьи конкретного ребенка, а в более крупном масштабе – без участия родительских организаций, поскольку многие из возможностей еще предстоит создать. Речь идет, например, о школах для детей с тяжелыми нарушениями, местах трудовой подготовки для молодых людей, рабочих мастерских и местах сопровождаемого поддерживаемого проживания. По существу, для продвижения таких больших проектов требуются объединенные усилия многих людей – родителей и специалистов. На практике специалисты чаще оказываются более готовыми к обсуждению и продвижению таких проектов, чем семьи, которые, как кажется, должны были бы быть более заинтересованными в их реализации. Тема будущего ребенка с нарушениями является одной из самых трудных для семьи. Именно здесь в настоящий момент наблюдается практически полное отсутствие достойных возможностей для человека с тяжелыми нарушениями развития. Возникающие в ответ на это в семье страх и отрицание приводят к тому, что тема будущего может быть абсолютно «блокирована» для размышления и обсуждения. Ситуация в семье меняется крайне медленно, и требуются иногда годы, чтобы появилась возможность говорить о том, что волнует, и уж тем более действовать. И тем не менее мы считаем необходимым обсуждать с семьями вопросы будущего их детей и по возможности привлекать их к участию в проектах по организации школ, мастерских, мест для сопровождаемого проживания.

### **Что мы можем делать, чтобы сотрудничество состоялось?**

Прежде всего, хотелось бы обратить внимание на то, что сотрудничество, и в особенности такая его форма, как партнерство, – это в большей степени позиция, чем конкретные формы работы. Для этой позиции характерны уважение и интерес к опыту каждого из участников; признание их компетентности и распределение ответственности между сторонами. Сотрудничеству способствует атмосфера взаимного уважения, внимательность и деликатность по отношению

друг к другу. Разумным и полезным представляется в каждом конкретном случае поиск общих целей, достижение которых было бы взаимозначимо и для семьи, и для специалистов, а затем выбор таких форм деятельности, в которых возможно их осуществление. Важно также больше узнавать об опыте и запросах семьи, относиться к ним с уважением, действовать в области этих интересов, т.е. там, где вовлеченность и заинтересованность семьи может быть максимально высока. Полезно совместно с семьей исследовать те ценности и ресурсы, которые есть у членов семьи, и ставить задачи с учетом сильных сторон участников (умения, успешность в конкретной деятельности, большая информированность и т.д.). Необходимой частью сотрудничающей позиции является *рефлексивность* – наша готовность к исследованию собственных взглядов, ценностей, приоритетов и того, как они связаны с нашими действиями.

С сотрудничающими стратегиями, как правило, связаны определенные формы работы. В частности, наш опыт свидетельствует о том, что хорошую возможность для сотрудничества открывают совместные пикники, выезды, походы, праздники, т.е. те события, в которые вовлекается вся семья, а не только ребенок.

*Например, сейчас у нас уже два года в школьном проекте МОО «Дорога в мир» действует программа регулярных субботних прогулок. Семьи с детьми вместе со специалистами и волонтерами ходят в парки, кафе, музеи, в детские театры или на аттракционы. В такой программе есть возможность ставить и разрешать задачи самых разных уровней: это хороший способ знакомства, поддержания общения со всей семьей, обогащения повседневного опыта семьи. Посещение таких общественных «детских» и «взрослых» мест, куда часто даже и не заглядывают с детьми, имеющими тяжелые нарушения развития, способствует расширению социального опыта самих детей. Так, одна из мам, сидя в «Кофеине», заметила: «За 10 лет мы с мужем и сами-то ни разу не были в кафе, а о том, чтобы нашего ребенка с собой взять, мы даже и не думали...» Родители могут увидеть, как другие семьи разрешают возникающие на прогулках трудности, связанные, например, с поведением ребенка. Это позволяет опробовать и освоить новые для семьи формы поведения, чему способствует также поддерживающая атмосфера таких семейных прогулок.*

Важно, чтобы для встреч с семьей было выделено специальное регулярное время. Это позволит в спокойной обстановке обсуждать задачи и программу занятий с ребенком на определенный, конечный



период времени, а также те трудности и успехи, которые есть дома и на занятиях. Очень ценным, на наш взгляд, является то, что такая программа создается в результате совместного обсуждения. Хорошо также, когда рядом с запланированным действием указывается, кто и каким образом будет способствовать его осуществлению. По результатам обсуждения мы можем составить документ, который будет описывать сотрудничество специалистов и родителей как членов одной команды. Мы также можем предложить членам семьи присутствовать на занятиях, совместно просматривать видеозаписи занятий, а затем вместе обсуждать происходящее.

Родителей полезно приглашать к участию в подготовке занятий, изготовлению пособий, обустройству помещения и другой хозяйственной деятельности, чтобы интересы, способности и умения каждого члена семьи могли быть реализованы и получали признание.

Еще одной формой, способствующей развитию сотрудничества, являются *родительские группы*. Об этом хотелось бы рассказать более подробно.

Цель работы таких групп – создание пространства психологической поддержки семей и повышение родительской компетентности. Как правило, группу ведут психолог и руководитель группы, в которой занимаются дети. На встречах мы обычно предоставляем семье различную полезную социальную информацию, например о специальных приспособлениях, которые могут помочь дома, о социальном такси и т.п. Надо отметить, что часть этой информации мы сами получаем от других семей. Мы информируем родителей об их юридических правах и льготах, а также предоставляем юридическое сопровождение тем из них, кто решается отстаивать свои права. Мы также предлагаем родителям специальную литературу, знакомим их с опытом других семей. Помогаем создавать образ возможностей, целей, перспектив жизни ребенка и семьи. По отзывам самих родителей, знакомство с опытом других семей оказывается для них наиболее ценным. В процессе таких обсуждений накапливаются позитивные примеры из жизни других семей, происходит «собрание» и обогащение собственных историй, опыт людей получает признание. Развивая деятельность в этом направлении, мы приглашаем родителей к написанию эссе о своей жизни и о ребенке.

На родительских группах мы рассказываем об особенностях детского развития, о различных нарушениях, беседуем о методах лечения, обучения и воспитания. Важно также, чтобы обсуждения затра-

гивали конкретные проблемы конкретных детей. Поэтому особенно ценным оказывается участие в обсуждениях руководителя группы и других специалистов, занимающихся с этими детьми. Педагоги рассказывают о том, что происходит на занятиях, могут показывать видеозаписи занятий. В частности, значимой информацией для семьи может оказаться то, как проявляет себя ребенок в общении с другими людьми, как он участвует в различных ситуациях в группе, к кому проявляет интерес, кто помогает ему, а кому – он сам. Часто оказывается, что такое наблюдение за жизнью ребенка в группе приводит к тому, что семьи, вслед за своими детьми, начинают проводить вместе досуг, устанавливать дружеские отношения, пробуют изменять что-то в своей повседневной жизни в соответствии с новыми возможностями ребенка.

Мы также можем способствовать тому, чтобы семьи объединились вокруг общей значимой для них цели. Поначалу это может быть подготовка кукольных спектаклей для детей, организация совместной поездки группы за город. Важно, чтобы в родительском сообществе произошло распределение ролей, обязанностей и ответственности вокруг общего дела. В этом случае оказывается полезно опираться на интересы и активность самих родителей. Хорошо, если в группе есть кто-то, кто уже принимал участие в подобном деле, или заинтересован и способен вовлечь других. В процессе реализации таких задач создается особое пространство жизни именно этих семей, наполненное новым опытом. Специалисты часто оказываются в меньшей степени вовлечены в процессы, происходящие в этом пространстве. Мы также помогаем организовывать общие праздники и приятные события, расширяя опыт «разделенной с другими радости». Постепенно в группе налаживается взаимопомощь: родители начинают помогать друг другу привозить детей на занятия, по очереди сидят с ними дома, сообща ищут деньги для оплаты няни тем, кому это финансово трудно. Внутри сообщества завязываются неформальные отношения, обновляются социальные сети участников группы. Такое обновление системы отношений способствует преодолению неблагоприятных последствий травматического опыта семей и помогает справляться с текущими трудностями. Со временем родительские сообщества могут ставить перед собой и более крупные задачи, например, участвовать в создании школы.

По договоренности с участниками группы определенный период времени может быть посвящен психологической работе. В этом

случае группу ведет только психолог, который заботится о безопасном и уважительном контексте такой работы. Она направлена на разрешение имеющихся трудностей и поиск новых возможностей и ресурсов и обращена к личным переживаниям участников.

Участники группы также имеют возможность обратиться за индивидуальным и семейным консультированием.

В заключение мы хотим еще раз подчеркнуть, что для того, чтобы сотрудничество состоялось, необходимо соблюдение определенных принципов взаимоотношений между сторонами, а также совместный с семьями поиск чувствительных к их надеждам и ценностям форм взаимодействия и работы.

предложения,  
рекомендации, методики



# «Интеграция» или «инклюзия»? Споры о словах и нерешенные проблемы образования особых детей

Р.П. Дименштейн, И.В. Ларикова

## Введение, или что заставило нас «взяться за перо»

В последнее время в сфере образования детей с нарушениями развития (особых детей) все чаще приходится наблюдать, как термину «интеграция» противопоставляется термин «инклюзия» и родственные ему понятия: «инклюзивное образование», «инклюзивная среда» и т.п. При этом разъясняется, что «инклюзия» – более высокая форма общности, чем «интеграция». Критики интеграции связывают все неудачи с этим термином... и вводят новый (!), даже не попытавшись проанализировать успехи и осечки практической интеграции и заняться наконец осмыслением и распространением успешных технологий.

На это можно было бы не обратить внимания, если бы критики интеграции этим ограничились. Но они пошли дальше: начались нападки на специалистов, кропотливо и аккуратно организующих, пока в специализированных группах и классах, образовательный процесс для детей, которые раньше не имели возможности обучаться вовсе: мол, это – не инклюзия, это – сегрегация! Грамотные и квалифицированные профессионалы, а вместе с ними и накопленный опыт реальной помощи особым детям, вновь приносятся в жертву политической конъюнктуры. А это уже, безусловно, повод для анализа создавшейся ситуации: нужно разобраться – куда все-таки имеет смысл двигаться дальше.

## Что понимать под «интеграцией»

Обратимся к словарю.

*Интеграция* (от лат. *integratio* – соединение) – процесс развития, результатом которого является достижение единства и целостности

внутри системы, основанной на взаимозависимости отдельных специализированных элементов.

*Инклюзия* (калька с англ. inclusion) – включение, добавление, прибавление, присоединение.

Итак, **интеграция – процесс двусторонний, симметричный; инклюзия – однонаправленный, асимметричный.** Запомним это.

Под интеграцией, говорит словарь, понимается процесс; вместе с тем интеграцией часто называют и результат. Однако нам здесь важно обсудить интеграцию прежде всего как процесс, поэтому мы будем говорить о процессе, называемом «образовательной интеграцией».

Один из основных аспектов интеграции в образовании – правильно проложенный образовательный **маршрут** для конкретного ребенка. Он не зависит от формы организации образовательного процесса на данном этапе – от типа класса, группы, школы, где сейчас находится ребенок. Конкретная форма обучения для одних детей может быть интегрирующей средой, а для других – сегрегирующей. Так, поезд – вполне адекватный вид транспорта, если надо проехать по суше от начального пункта к конечному; однако когда на пути возникает море, следует пересечь на корабль или самолет. С другой стороны, корабль мы не сможем использовать для перемещения по суше, равно как и реактивный самолет – для перемещения по городу.

Интеграция в нашем понимании предполагает построение **последовательно усложняющихся образовательных (коммуникативно-познавательных) сред**, позволяющих конкретному ребенку постепенно наращивать свой образовательный и социальный потенциал. Каждая из этих сред должна содействовать расширению возможностей ребенка и готовить его к переходу на следующий уровень интеграции. Заметим в скобках, что такая стратегия интеграции не является чисто теоретической: она опирается на девятнадцатилетний опыт работы ЦЛП, который создал первые в России интегративные детские сады и школы, успешно работающие теперь в системе образования Москвы, и продолжает создавать и передавать в государственную систему образования различные формы интеграции.

## Почему перешли к «инклюзии» и что под ней понимают

Начавший широкое распространение в России лет пятнадцать назад термин «интеграция» пришел к нам с Запада как воплощение мечты

о настоящем «всеобуче» – исходя из всеобщего права на образование.

Однако на Западе далеко не все с интеграцией шло гладко. Организационные, педагогические и финансовые механизмы интеграции не были еще достаточно проработаны для того, чтобы процесс стал действительно эффективным. В итоге подчас создавались такие «интеграционные» школы, в которых дети чувствовали себя хуже, чем в школах специализированных. После такого трудного опыта решили все неудачи свалить на термин, двинувшись дальше под новыми знаменами.

Новый термин «инклюзия» был введен в обиход в 1994 году Саламанкской декларацией о принципах, политике и практической деятельности в сфере образования лиц с особыми потребностями. И сегодня с ним связывают все ту же мечту об успешных массовых действиях, распространяющихся «сразу на всех».

Но в отличие от интеграции «инклюзия» даже терминологически является более узким понятием. Как следует из словарного анализа этого термина, инклюзия – односторонний процесс, представляющий «внедрение» кого-то куда-то (очевидный насильственный оттенок), результатом которого является наличие в некоей среде инородного для нее «тела». Так, в минералогии инклюзией (включением) называются «посторонние твердые, жидкие и газообразные тела, захваченные минералами при росте и заключенные внутри кристаллов». В биологии это «включения (инклюдзы) растений, пауков, клещей и насекомых в янтаре» и т.п. Комментарии, как говорится, излишни. Поэтому инклюзия сомнительна и как результат – «включаемый» не становится в этом процессе естественной частью общей дружественной среды.

В такой ситуации, без серьезного переосмысления причин неудач, новый термин столь же неминуемо ждет дискредитация.

Шестивие прибывшей с Запада «интеграции» по России было весьма драматичным. Сначала чиновники от образования упорно объясняли, что у нас это не пройдет – «общество не готово», «система не готова». И хотя общество было уже готово (об этом еще 10–15 лет назад свидетельствовали очереди из обычных детей, выстроившиеся в первые созданные тогда интегративные детские сады и школы; очереди сохраняются до сих пор) – система действительно не хотела меняться. Интеграция в модели чиновников предполагала «внедрение» детей-инвалидов в общеобразовательную систему, кото-



рая хотя и учитывала некоторые особые потребности особых детей, но сама оставалась практически неизменной. Такое толкование интеграции основывалось на естественном стремлении управленцев, числясь в «передовых», ничего не менять в системе образования.

Мощное лоббирование идеи «всеобуча», исходившее преимущественно от родительской общественности и в силу этого не подкрепленное никаким профессиональным опытом, сломало сопротивление бюрократического аппарата. Однако в силу своего понимания «интеграции» чиновники начали с разрушения системы специального образования, не создав предварительно инфраструктуры и материальной базы, не подготовив специалистов, владеющих сложной и тонкой наукой образовательной интеграции. Подобные действия восстановили против интеграции профессионалов старой дефектологической школы, понимавших, что в таком виде интеграция невозможна, и потому сопротивлявшихся ей всеми силами. В итоге интеграция в России была дискредитирована прежде, чем началась ее практическая реализация.

В ситуации, когда в стране так и не создана инфраструктура интеграции, не предложены организационные и финансовые механизмы ее поддержки, не готовятся необходимые специалисты, не проводится на должном уровне работа с учителями и родителями, лозунг инклюзии ждет та же незавидная участь. При отсутствии знаний о том, как обучать конкретного особого ребенка на данном этапе образования, инклюзия не выходит за рамки тактического и политического понятия. Калейдоскоп терминов не приведет к реализации идеи.

## **Декларации и возможности**

Политика, несомненно, – важная вещь. Но общество должно понимать, что избежать дискредитации понятия, даже очень правильного и нужного, можно лишь в том случае, если будут обеспечены содержательные технологии его воплощения. А именно в этой плоскости лежат сегодня основные проблемы. И если в такой ситуации мы хотим реабилитировать саму идею интеграции, то совершенно непонятно, почему надо хороший и всеобъемлющий термин заменять худшим и более узким.

Однако мы не собираемся ортодоксально отстаивать тот или иной термин – нам важно отстоять идею. Сегодня возникают серьез-

ные опасения, что под знаменем «инклюзии» пойдут неуправляемые процессы. И тогда те, кто считает интеграцию вредной и невозможной, кто доказывает, что общество к ней не готово, одержат абсолютную победу. *Поэтому в какой мере инклюзия в современном российском употреблении эксплуатирует шапкозакидательские настроения («просто привести всех детей в обычные школы – не надо бояться!»), в такой мере мы не согласны с инклюзией.*

Мы убеждены, что бояться следует неудачи в интеграции каждого конкретного ребенка. Бояться следует отсутствия условий для наращивания его образовательного и социального потенциала. Бояться следует снижения уровня обучения в общеобразовательной школе вследствие «стихийной» инклюзии – от этого пострадают как те, кого «включают», так и та среда, в которую «включают». Вспомним знакомую нам с детства сказку о том, как медведя пытались «инклюзировать» в Теремок и что из этого вышло.

Инклюзия возможна не всегда, и Саламанкская декларация делает оговорку: «Для тех, для кого это возможно». А вот интеграция, как мы знаем по опыту, возможна всегда. Поэтому акцент при формировании в обществе интеграционного подхода надо перевести из неперспективной плоскости лозунга («всех обяжем и заставим») в плоскость содержательную – как образовательную среду сделать действительно интеграционной.

### **Является ли конкретная образовательная среда интеграционной?**

Всякую образовательную среду можно характеризовать с точки зрения *интеграционного потенциала* для конкретного ребенка на данном этапе образования. Интеграционный потенциал среды может быть высоким (в такой среде ребенок реализует свои возможности, наращивая социальный и образовательный потенциал), а может быть низким и даже отрицательным (в такой среде возможности ребенка не реализуются или даже снижаются).

Например, для ребенка с тяжелыми нарушениями развития образование, как правило, возможно первоначально лишь в специализированном классе (индивидуальное обучение как основная форма образовательного процесса при интегративном подходе не рассматривается). Ребенок должен слышать (понимать и оценивать!) ответы и поведение соучеников, взаимодействовать с ними, анализировать

реакцию учителя, должен быть включен в коллективный групповой образовательный процесс. Если на этом этапе ребенка поместить в обычный класс общеобразовательной школы, он ощутит страшное одиночество. Даже при толерантном отношении одноклассников, не понимая, что происходит вокруг, не будучи в состоянии участвовать в учебном процессе, не имея никаких адекватных для себя ориентиров и способов общения, такой ребенок не только не наберет социальный и образовательный потенциал, но и растеряет имеющийся, внутренне опустошится. Обычный класс окажется средой с отрицательным интеграционным потенциалом! И лишь обучаясь в группе сверстников по адекватной для всех образовательной программе, постепенно все более объединяясь с обычными детьми (сначала – в столовой, на переменах, на прогулке, позднее – на общем празднике или экскурсии, затем – на отдельных занятиях), такой ребенок в итоге, возможно, сумеет посещать уроки в обычном классе, и такая среда станет полезной для наращивания его потенциала.

Провести ребенка маршрутом, ведущим к интеграции, можно разными путями – важно лишь, чтобы каждый этап наращивал его интеграционный потенциал. Так, если в детский сад или школу привели ребенка, который быстро догоняет сверстников в познавательном плане, но у него еще изрядное количество эмоционально-волевых и поведенческих проблем, – применимы разные стратегии интеграции. С одной стороны, можно выстроить программу, по которой ребенок иногда, с сопровождением, оказывается на общих занятиях, а в остальное время занимается индивидуально, одновременно формируя необходимый для него психологический климат в классе – чтобы в конце концов этот ребенок оказался в классе и был принят обучающимися вместе с ним одноклассниками. Но возможна и другая последовательность действий: поставить задачу, в конечном счете подготовить ребенка к обучению в обычной школе, некоторое время использовать в качестве ступени к обучению специализированный класс, отдельно занимаясь с ребенком, чтобы он не отстал от программы обычной школы; когда же будут решены педагогические задачи – вовремя ввести ребенка в обычный класс.

Для каждого конкретного ребенка специалисты выстраивают собственный образовательный маршрут. Например, если ребенок ни с кем не общается, находится в очень тяжелом состоянии, с ним сначала занимаются индивидуально. Потом становится возможным перевести его в микрогруппу, и постепенно он оказывается среди

обычных сверстников – например, в интеграционном или обычном детском саду. Большое число детей уже прошли именно таким маршрутом. Ярким примером служат дети, прошедшие путь от «собесовского» состояния, когда родителям предлагали сдать их в интернат, до общеобразовательной школы.

Поэтому на каком-то конкретном этапе интеграции внешнему наблюдателю не всегда видно, что происходит. Если не знать перспективу и не видеть ситуацию в целом, «на срезе» может показаться, что это не интеграция. Тем не менее ситуация может быть по-настоящему интегративной и являться адекватным этапом развития для тех конкретных детей, которые в нее включены.

### **Как повысить интеграционный потенциал образовательной среды**

(о реализации индивидуального подхода в массовом образовании)

Широкое распространение образовательной интеграции неизбежно. Ее значение нарастает по мере увеличения разрыва между высоким образовательным стандартом и реальными затруднениями большого числа детей, которые не могут его достичь. Программы, методики, технологии и средства образования – то, что мы объединяем понятием «образовательная среда», – адаптированы пока еще под некоего абстрактного, среднего, редкого в наше время ребенка и явно не соответствуют возможностям современных детей. Попытка приспособить конкретного ребенка к этой абстрактной образовательной среде почти неизбежно травматична, а зачастую – губительна.

Однако снижать уровень базовых стандартов нельзя. По уровню развития образования Россия до сих пор во многом превосходит развитые страны Запада. К тому же высокий стандарт позволяет развиваться детям с высоким познавательным потенциалом, и они должны иметь такую возможность.

Альтернативой, как принято считать, является индивидуализация образования – возможность вести каждого конкретного ребенка в направлении высокого стандарта своим путем. Сторонники инклюзии справедливо делают акцент на том, что для каждого ребенка в идеале необходима максимально усложненная социальная среда. Однако не всякий ребенок может сразу интегрироваться в таковой; поэтому мы говорим о неуклонном последовательном возрастании

сложности среды. Не снижая в целом уровня образования, можно сделать достижение этого уровня для ряда детей более плавным, для других же – качественно иным. Таким образом, изменяется не столько содержание, сколько методы и технологии обучения.

Однако тотальная индивидуализация учебных программ – идея чисто декларативная. Надеяться, что каждый педагог, воспитатель сможет самостоятельно находить «индивидуальный путь» для каждого ребенка, – нереально: в наше время чуть ли не каждый ребенок нуждается в нестандартном подходе. Выход состоит в том, что хотя дети и разные, но их проблемы можно систематизировать и классифицировать. «Каждому ребенку – свою тропинку» – дело искусства педагога; дело же науки и методологии – описать некоторое количество путей, по которым смогут успешно двигаться дети с типичными проблемами. Индивидуализировать обучение детей позволяет педагогу отнесение ребенка к одной из выделенных в результате типизации групп.

Классический тип занятий ориентирован на то, что успешными становятся дети, более развитые интеллектуально. С терапевтической же и интеграционной точки зрения, необходимо таким образом подобрать и выстроить занятия, чтобы успешными оказались все дети – каждый по своему критерию. Специалистами ставятся задачи создания условий, когда любая сильная (сохранная) сторона ребенка будет отмечена успехом – будь то развитый слух или чувство ритма, моторное развитие или скорость реакции; внимание; способность к подражанию; зрительная либо слуховая память; терпение; наилучший талант общения и т.д. В России появляются все новые и новые интегративные образовательные учреждения, группы или классы, где реализуется этот принцип.

В каждом занятии дети, у которых развиты различные сферы психофизической деятельности, могут себя проявить и быть успешными: каждый ребенок должен переживать чувство успеха в чем-либо. Это требует большого разнообразия занятий и игр – как по содержанию, так и по форме. Например, у детей с синдромом Дауна очень хорошее чувство цвета – это используется на занятиях изобразительной деятельностью. У детей с аутизмом бывает хорошо развита фантазия, нередко встречается феноменальная память; они обладают способностью четко придерживаться правил – и потому успешны в различных играх с правилами. Дети с ослабленной слухоречевой памятью, но достаточно сформированной зрительной, успешны, ко-

гда имеют возможность опираться в процессе обучения на наглядные образы, записи, разноцветные изображения. Гиперактивные дети успешны на занятиях физкультурой и в подвижных играх; малоподвижные дети – в различных видах конструирования и настольных играх. На занятиях, требующих активного речевого общения, успешны дети с хорошо развитой речью; на занятиях, связанных с кропотливым ручным трудом, часто добиваются успеха дети «безречевые», но обладающие хорошо развитой мелкой моторикой и терпением. А поскольку переживание успешности является сильным социализирующим и интегрирующим фактором, создание условий для этого прямо отвечает основным целям интеграции.

Об этом можно рассказывать долго, но это уже предмет методической статьи.

Поэтому лишь добавим, что наращивание интеграционного потенциала среды, помимо описанных выше принципов, обязательно включает повышение квалификации и переподготовку учителей, специальную работу с родителями (как обычных, так и особых детей), квалифицированную психолого-просветительскую работу с обычными детьми. Эти организационно-просветительские и педагогические меры направлены на повышение интеграционного потенциала образовательного учреждения и системы в целом.

## **Законодательные условия интеграции**

Общее интегративное образовательное пространство сможет стать реальностью, когда будет поддержано законодателем. Законодательство, обеспечивающее интеграцию, должно отвечать ряду принципов.

### **I. Базовые**

Для обеспечения эффективной интеграции необходим «общий» закон как можно более прямого действия, охватывающий **всех детей без исключения** (как воспитывающихся в семье, так и находящихся в интернатах) и препятствующий дискриминационному толкованию каких-либо его положений. Недопустимо создавать на федеральном уровне закон для лиц с ограниченными возможностями здоровья отдельно от общего Закона «Об образовании»: попытка общества на «верхнем» уровне разработать отдельные правовые схемы для тех,

кто является «особенным», свидетельствует о приверженности такого общества к сегрегации. Правовые нормы, основанные на классификации различий, порождают дифференциацию в социальных отношениях; подобное правовое регулирование является потенциально дискриминационным. Например, предложения принять отдельные законы или отдельные статьи законов, касающиеся людей, разделенных по «нозологическому» принципу (видам «нарушений»), выглядят чрезвычайно опасными. Описанные в законе категории тем самым будут «вытеснены» в особое правовое «гетто», а те, кто не будут упомянуты, окажутся дискриминированными.

А вот на региональном уровне степень конкретизации может увеличиться. При необходимости найти быстрое эффективное решение, не дожидаясь поворота инерционной федеральной законотворческой системы относительно образования в целом, можно опираться на соответствующий региональный закон, который скомпенсировал бы пробелы и противоречия федерального законодательства.

## II. Формальные (терминологические)

Терминология законодательства об интеграции должна отвечать нормам международного права в этой сфере. В соответствии с «Международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)», для описания социально-реабилитационных потребностей ребенка, в том числе образовательных, принципиально **не применяются понятия, характеризующие ту или иную дефицитарность**. Саламанкская декларация также предписывает терминологию, концентрирующую внимание не на недостатках, а на потенциальных возможностях таких лиц. В частности, характеристики и определения, относящиеся к описанию потенциала лиц с ограниченными возможностями здоровья и включающие глаголы типа «препятствует», «затруднено», «невозможно», должны быть заменены на обороты, использующие глаголы «способствует», «облегчает», «позволяет».

## III. Содержательные

### 1. Недекларативность

Общие декларации не должны распространяться дальше вводной части. Законодательство должно представлять собой описание механизмов, обеспечивающих интеграцию. В противном случае становится реальной опасность «стихийной» интеграции. Поток детей «с

ограниченными возможностями здоровья», грозящий хлынуть в обычные школы без адекватного финансирования и методической поддержки, никакой интеграцией не является и приведет к дискредитации идеи интеграции или инклюзии (независимо от названия).

## *2. Всеобщность*

Закон должен иметь механизм, **не допускающий ситуации, когда ребенок**, в каком бы состоянии он ни находился, что бы ни являлось причиной трудностей его образовательной адаптации и где бы он ни воспитывался – в семье или в интернате, – **оказался вне образования** из-за отсутствия каких-либо видов образовательных учреждений.

## *3. Последовательность и преемственность*

Действие закона должно распространяться (помимо раннего развития, дошкольного воспитания и школьного обучения) и на начальное профессиональное образование подростков и молодых людей, нуждающихся для его получения в организации специальных условий. В противном случае (как это происходит сейчас) между средним и начальным профессиональным образованием отсутствует преемственность интеграционных возможностей. В результате многие молодые люди остаются без возможности профессиональной реализации, не могут получить необходимых трудовых навыков и включиться в трудовую деятельность.

## *4. Стимулирование педагогических кадров, а не директивность*

Законодательные механизмы должны быть направлены не на «силовое» введение интеграции, а на **заинтересованность и вовлечение педагогов** и других специалистов, руководителей образовательных учреждений в решение этой задачи (интеграция должна **сопровождаться системой действенных мер образовательной, организационной и финансовой поддержки**). Директивное введение таких принципов, как интеграция, обычно ведет к их формальному осуществлению.

## *5. Демократичность*

Должна обеспечиваться **возможность организации интеграции в любом образовательном учреждении**.

## *6. Право выбора*

Должна обеспечиваться возможность **образовательной альтернативы**: приоритет интеграции в общеобразовательном учреждении – наряду с возможностью обучения в специальном (коррекционном) учреждении.



### *7. Эффективный механизм финансирования*

Механизм финансирования должен обеспечивать возможность реализовать перечисленные принципы. Он должен позволять **адресно** и эффективно направлять бюджетные средства в организации, участвующие в интегративном образовательном процессе, и допускать финансово-экономическую оценку и прогнозирование.

## **Заключение**

Возникновение идеи «инклюзии» – следствие имеющейся сегрегации. Если бы особые дети не «эксклюзивались» на протяжении веков и десятилетий, не ставился бы вопрос о последующей инклюзии. Поэтому глобальной задачей является создание таких условий в обществе и государстве, при которых особые дети не отделяются от остальных. И это естественный процесс – когда никто не отделяется от социума по мотивам, идущим от ограничений этого социума (ограничения индивида останутся всегда).

Преодоление ограничений социума не произойдет от лозунгов и деклараций. Это огромная кропотливая работа, охватывающая все сферы жизни – от конструктивного совершенствования законодательства, включающего стимулирующую либеральную финансовую поддержку, до обучения специалистов творческому, аккуратному и индивидуализированному подходу к ребенку в рамках научно обоснованной типизации проблем. Ни революционными («сказано – сделано, долой технологии»), ни маниловскими (единая массовая технология «для всех», всеобщие пандусы – и все в порядке) способами решить проблему интеграции не удастся. Придется привлечь профессионалов, засучить рукава и настроиться на серьезную работу.

# Игровые стратегии в работе с детьми, имеющими различные, в том числе множественные, нарушения развития

Е.В. Моржина, И.Ю. Захарова

В последнее время в Центр лечебной педагогики все больше обращаются за помощью родители, чьи дети имеют тяжелые двигательные нарушения, эпилепсию, выраженную задержку психоречевого развития, нарушения слуха и зрения, нарушение чувствительности, расстройства аутистического спектра. Иногда у ребенка могут одновременно присутствовать различные сочетания этих нарушений.

Общее знакомство с ребенком осуществляется на первичном приеме. Из рассказа родителей педагог узнает, какие игры нравятся ребенку, на какие стимулы он лучше реагирует, т.е. какой канал восприятия использует (зрение, слух, тактильные ощущения), как осваивает дома пространство, как взаимодействует с родными, есть ли избирательность в контакте, какие действия с предметами ребенок уже освоил, насколько понимает обращенную речь и как на нее реагирует. Эта информация помогает педагогу увидеть основные проблемы ребенка и наметить первоочередные задачи диагностического и коррекционного процесса.

Рассмотрим описание одного из детей, чтобы было понятно, о какого рода нарушениях идет речь.

*На первичном приеме ребенок 4 лет, у него спастический тетрапарез, эпилепсия, собственная речь на уровне вокализаций, реагирует на обращенную речь (прислушивается, есть эмоциональный ответ), из-за частичной атрофии зрительных нервов зрением почти не пользуется, истощается в ответ на организованное извне воздействие, быстро расстраивается, успокаивается во время питья из бутылочки или в ответ на мамину песенку, сам не переворачивается, голову удерживает в определенных положениях непродолжительное время, может удержать вложенный в руку предмет, но собственного захвата нет, чувствительность к различным стимулам сильно снижена, навыки самообслуживания не сформированы.*

Как правило, уровень общей активности у таких детей сильно снижен: после ситуаций, где необходимо сосредоточение, быстро наступает истощение, ребенок не проявляет исследовательской активности в освоении окружающего пространства, не поддерживает контакт. Получается, что осваивать окружающий мир ребенок с такими проблемами может только при постоянном активном участии взрослого, и прежде всего – родителей<sup>1</sup>. Здесь встает вопрос о степени родительской помощи и ее направленности.

После первичного приема проводятся диагностические занятия, на которых педагог ставит, как правило, следующие задачи: установление контакта с ребенком, формирование способов взаимодействия с ним и повышение уровня общей активности ребенка.

Важно стремиться к таким отношениям, внутри которых активность ребенка постоянно поддерживается. Если воспринимать ребенка как пассивного участника событий, то он становится эмоционально и физически зависимым от человека, который за ним ухаживает. В таких отношениях, как правило, используются способы взаимодействия, основанные на ритме и относящиеся к младенческому возрасту, а ребенку может быть уже 5, 6 или даже 7 лет.

*Мама с девочкой 7 лет входит в игровую группу. Девочке сложно осуществлять переход из одной ситуации в другую, нужно время, чтобы адаптироваться к новым условиям. Резкий переход провоцирует негативное поведение ребенка (крик, самоагрессию и агрессивное поведение по отношению к педагогу). Чтобы быстро прекратить негативное поведение, мама подключает знакомые стихи и песни, начинает в их ритме раскачивать ребенка. Девочка ненадолго успокаивается, но через некоторое время ситуация повторяется.*

Задача педагога – показать возможность построения отношений, в которых мама будет помогать ребенку ориентироваться в ситуации, заранее к ней готовиться (проговаривать предстоящее событие, показывать фотографию или рисунок с изображением этого события, ориентировать ребенка на смысл того, что происходит, вместе с ребенком проживать волнующие моменты, каждый раз подкрепляя положительно даже маленький шаг в освоении новой реальности).

В нашей практике мы встречаемся с ситуациями, когда ребенок уже готов перейти к более личностным отношениям, но продолжает

<sup>1</sup> В Центр обращаются родители, чьи дети воспитываются в семье.

находиться внутри сложившегося стереотипа отношений. Как в приведенном выше примере, использование ритма уже не помогает ребенку быть активным участником события, а лишь отвлекает его от негативных переживаний. В качестве отвлечения часто используется соска, питье из бутылочки, качание ребенка, пение потешек и песенок и раскачивание под их ритм ребенка, использование аудиозаписей с детскими песенками в качестве фона. Здесь ритмически организованная ситуация либо отвлекает ребенка от проявления негативных эмоций, либо является для него некоторой аутостимуляцией (ребенок ест, гуляет, играет под аудиозапись, его внимание направлено на слушание стиха или песенки, и ему сложно быть активным участником ситуации; при негативном поведении ему предлагают попить из бутылочки, чтобы избежать нежелательного поведения).

Задача педагога – сориентировать родителей в выборе более развивающих отношений, в которых ребенок будет субъектом отношений, активным участником, и наметить конкретные шаги для построения таких отношений.

Мы убедились в том, что установить контакт, выстроить взаимодействие с ребенком и увеличить уровень его активности возможно только в игровой форме. Педагог сначала ищет язык, на котором он будет общаться с ребенком, а потом выбирает те игровые ситуации, в которых наилучшим образом развернулся бы диалог между ним и ребенком. В нашем случае диалог – это действие, производимое ребенком или педагогом, с одной стороны, и ответ на это действие педагога или ребенка – с другой стороны.

Если ребенок преимущественно пользуется слухом, то языком общения могут быть песенки, короткие потешки («ладушки-ладушки», «идет коза рогатая»), звукоподражательные комплексы («би-би» – поехала машина, «пи-пи-пи» – мышка побежала), игра на музыкальных инструментах (в диагностических целях можно использовать колокольчики, маракасы, металлофон, бубен, флейту, кастаньеты), иногда можно использовать музыкальные игрушки (выбираются игрушки с качественным звучанием). Возможно, ребенка больше всего привлекут яркие, сенсорно насыщенные предметы, если он больше ориентируется на зрение и тактильные ощущения. Конечно, педагог в своей работе старается и в диагностических, и в коррекционных целях задействовать разные каналы восприятия (слух, зрение, тактильную чувствительность, может подключать и запахи, и вкусовые ощущения), но опирается на наиболее сохранные каналы восприя-

тия, которые ребенок максимально использует. Например, если ребенок преимущественно пользуется слуховым анализатором, то педагог начинает играть с ребенком, задействуя слуховое сосредоточение и подключая к нему тактильные ощущения (рассказывает потешку и сопровождает ее прикосновением к телу ребенка, в зависимости от содержания меняется интонация, тембр голоса, сила нажатия: «медведь идет» – давление всей ладонью по ножкам, спинке; «лисичка бежит» – поглаживающие движения; «зайка прыгает» – легкие, отрывистые прикосновения двумя пальцами по ручкам, ножкам; «мышка побежала, побежала» – движения, имитирующие щекотку. Если ребенок может на продолжительное время сосредоточиться на слуховых и тактильных ощущениях, педагог рассказывает аналогичным образом самые простые сказки – «Теремок» и «Репку»).

Диалог предполагает держание паузы, умение слушать ребенка и отвечать ему на «его языке». Зачем нужна пауза? После того, как ребенок что-то услышал, увидел или потрогал, ему нужно время для того, чтобы почувствовать и как-то отнестись к этому событию (а нервной системе необходимо время для обработки информации и построения ответа). Этот временной промежуток называется латентным периодом, и у каждого ребенка он свой. Если взрослый, общаясь с ребенком, не дает ему этого времени, то ребенок может быть не готов к восприятию новой информации, в результате чего быстрее наступает истощение.

Если ребенок имеет ограничения в движении и не может самостоятельно осваивать мир вокруг себя, тогда педагог как бы приближает этот мир, предлагая ребенку потрогать разные на ощупь предметы, опустить руки и ноги в тазы с разными крупами, попачкать руки в красках, посмотреть на мыльные пузыри и половить их, последить за огоньком свечки, который то появляется, то пропадает, спрятаться под платочком, покачаться на большом мяче под песенку, поскакать на коленях у педагога, поймать воздушный шарик...

Задача педагога – наблюдать, насколько ребенок активно участвует в событии и воспринимает его, вовремя почувствовать, когда у него наступает пресыщение (особенно если ребенок сам не передвигается и уйти от ситуации дискомфорта не может).

Во время таких игровых ситуаций пауза, сделанная педагогом, дает возможность ребенку проявить свою активность.

Если у ребенка нет серьезных эмоциональных проблем, то для него во время этого взаимодействия важным становится сам взрос-

дый. Ребенок заражается его эмоциями, радуется вместе с ним. Без различных эмоциональных акцентов, которые делает взрослый в определенные моменты, ребенку было бы трудно почувствовать временные и пространственные границы. Так взрослый может выделять каким-либо стимулом (цвет, звук, прикосновение) и определенным эмоциональным отношением начало игры и ее окончание: зазвенел колокольчик – и педагог предлагает надеть ребенку браслет из колокольчиков то на одну ручку, то на другую, затем на ножки по очереди и поискать, где звенит. Появляется яркий разноцветный платок или шляпа, под которые можно прятаться.

Предметы могут появляться из корзины и исчезать в ней со словами «пока-пока». Когда педагог катает ребенка на мяче (ребенок лежит на мяче на животе), то выделяет ритмически и интонационно крайние положения ребенка на мяче («тень-тень-потеть» – опора на руки; «выше города плетень» – возвращается на ножки; «сели звери под плетень» – опять приземляемся на руки; «похвалялися весь день» – снова на ножки).

Интерес ребенка может быть больше сосредоточен не на взрослом, а на предметах. Часто ребенок стереотипно воспроизводит одни и те же действия или проявляет интерес только к определенным предметам. Тогда педагог старается разнообразить способы взаимодействия ребенка с предметом и помогает ему перенести наработанные действия на другие предметы. Ребенок выделяет машины, потому что у них есть колеса, которые можно покрутить, тогда педагог, старательно крутя с ребенком эти колеса и фыркая вместе с ним, может предложить эту же машину искупать в тазике с водой, полить на нее из леечки, закопать в фасоль, покрасить, наклеить на нее липучки, запустить с горки и т.д. Другой вариант: ребенок сосредоточен на определенном действии (нравится бросать предметы), и педагог подключается к ставшему стереотипом действию, но вносит в него новый смысл – бросать в цель, бросать в емкость, издающую резкий звук. Кроме того, педагог может эмоционально окрашивать как полет, так и приземление предмета, смещая акцент с действия на взаимодействие, с ощущения от процесса на результат.

*Юля любит бросать различные предметы: она подползает «попластунски» к понравившейся игрушке, берет ее в рот, затем бросает ее и снова за ней ползет. Такая «игра» может длиться в течение часа и на протяжении одного-двух лет, игрушки могут меняться, а содержание оставаться прежним. С чего педагог может начать?*

*Ловить брошенную игрушку и кидать ее обратно девочке, сопровождая этот процесс эмоционально: «Ура! Я поймала твой самолетик! Юля, лови свой самолет». Может лечь рядом с девочкой и тоже бросать предметы, внося смысл в ситуацию: «Смотри, мой мячик упал рядом с твоим самолетом (упал дальше, ближе). Ой, а где же твой самолет? Под моей шляпой?»*

Ребенок может получать удовольствие от различных ощущений (тактильных, вестибулярных). Педагог это тоже использует в своей работе, подключая соответствующие материалы (тазики с разными крупами, игрушки с различными сенсорными свойствами, мячи, качели, гамак, качание на одеяле и т.д.).

*Ваня очень любит качаться, ритм его успокаивает, помогает сосредоточиться. Так как мальчик сам не сидит, качать его лучше всего в гамаке, лицом к себе, чтобы он видел лицо педагога, сажая не вдоль, а поперек гамака. Во время качания педагог использует определенные песенки, стихи, подключая к вестибулярным ощущениям слуховое сосредоточение; эмоционально окрашивает ситуацию, старается передать свое эмоциональное отношение мальчику; выделяет определенные моменты, делает их наиболее эмоционально насыщенными: «Поймала, поймала Ваню, крепко держу и отпустила; пока-пока, Ваня, снова поймала, привет!»*

Если поведение ребенка определяется смыслом ситуации и у него есть некоторый образ, некоторое представление об ожидаемом конечном результате, т.е. ребенок знает, чего он хочет добиться, то задача педагога – увидеть, какие игровые действия доступны ребенку и как можно расширить их репертуар. Педагог должен оценить, как долго ребенок удерживается в сюжете игры и как увеличить время концентрации его внимания внутри игровой ситуации, впускает ли ребенок в свое игровое пространство других, в каких позах он играл бы наиболее свободно (если у него есть двигательные ограничения, нарушения).

Почему необходимо время для диагностических занятий, проводимых в игровой форме? Если на первичном приеме ребенок демонстрирует снижение общего уровня активности, то мы не можем сразу сказать, чем регулируется поведение ребенка: полем (когда внимание переключается с предмета на предмет, отсутствует избирательность), определенным сложившимся стереотипом действия внутри знакомой ситуации, или ребенок может сознательно участвовать в ситуации, самостоятельно осуществлять выбор, то есть ори-

ентироваться на смысл ситуации. Ответ на этот вопрос и дают диагностические занятия в игровой форме. В зависимости от того, на каком уровне регуляции поведения находится ребенок, педагогом ставятся конкретные задачи.

## **Особенности построения игровой ситуации.**

### **О чем важно помнить**

### **и на что обращать внимание**

1. Построение эмоциональных отношений между ребенком и педагогом. Это основа, на которой строится взаимодействие, т. к. именно эмоциональное отношение к ситуации помогает ребенку учиться регулировать свое поведение и становиться участником события. Отношения складываются через диалог, где действием и ответом на него могут быть обмен взглядами, вокализациями, эмоциональными состояниями, действиями с предметами. Если, например, ребенок периодически хлопает в ладоши, педагог может подхватить это действие и похлопать рядом с ребенком под стихок. Главное, не оставить без ответа различные действия ребенка, а подхватить их, внести в них определенный смысл.

Когда речь идет о детях с различными нарушениями, то условиями диалога являются *медленный темп* предъявления событий (при быстром темпе сложно учесть время реакции ребенка), *повторение, соблюдение пауз* для восстановления способности к восприятию. Событие должно повторяться, чтобы ребенок смог к нему адаптироваться, почувствовать свое отношение и подготовить ответ (действием, эмоцией). Внутри постоянно повторяющейся ситуации могут меняться отдельные элементы, поддерживающие общий уровень активности ребенка. Ведь, как известно, элементы новизны усиливают мотивацию ребенка, а за счет этого время активного внимания увеличивается.

2. Наблюдение за психической активностью ребенка и предупреждение истощения. Наблюдение за степенью активного участия, активного внимания (зрительного, слухового, сосредоточения на тактильных ощущениях), за степенью эмоционального вовлечения ребенка.

Педагог все время дает ребенку *обратную связь*, опираясь на сохраненные сенсорные каналы, внося эмоциональный акцент («*Вот*



это башня получилась! Ух, ты!»), называя действия («Ваня строит башню»), результаты действий ребенка («Бах! Упал кубик! Бах! Еще упал!»), его эмоциональные состояния («Вот как Ваня радуется!», «Ты расстроился? Сломалась башня?»). Получение обратной связи дает ощущение успешности и стимулирует желание исследовать более активно окружающий мир.

3. Предъявление событий через сохранные каналы восприятия: при нарушении зрения взрослый во взаимодействии с ребенком опирается на сохранное слуховое и тактильное восприятие, вибрационную чувствительность и т.п.

4. Подбор адекватной позы для игрового взаимодействия. Ребенку должно быть комфортно, удобно в этой позе (отсутствие болевых ощущений, снижение спастики, отсутствие переразгибаний, возможность контролировать положение головы и т.д.). Создаются условия для максимального проявления собственной активности ребенка (например, плечи ребенка приподнимаются за счет дополнительной опоры, и он может выполнять какие-либо действия руками со зрительным контролем).

5. Поиск наиболее адекватных по своим сенсорным характеристикам предметов для игры. Для каждого ребенка педагог подбирает определенные предметы, игрушки, которые могут вызвать у ребенка ответную эмоциональную реакцию (в начале игровых занятий педагог берет те игрушки, которые доставляют удовольствие ребенку), используя информацию первичного приема и результаты наблюдений на диагностических занятиях.

#### 6. Учет рекомендаций невролога:

– каким полем зрения (ближним, средним, дальним) наиболее активно пользуется ребенок, каков объем прослеживания за предметом в этом поле;

– показатели чувствительности (низкая, высокая чувствительность; поверхностная или глубинная, как представлена в разных отделах тела);

– состояние мышечного тонуса (при каких условиях нарастает, снижается);

– какой рукой предпочитает пользоваться ребенок;

– какие есть ограничения воздействия, связанные с текущим состоянием (наличие эпилептических приступов, высокая чувствительность к определенным раздражителям, аллергические реакции, истощаемость).

## Характеристика игровой ситуации

Ребенок на занятиях в ЦЛП оказывается в различных средах<sup>1</sup>, которые отличаются разной степенью структурированности с точки зрения организации пространства и времени. Более структурированные среды, с четкой структурой (фиксированное место, постоянное расписание) – это ситуации различных уроков: урок за партами, урок ручной деятельности за одним столом, урок музыки, урок физкультуры. Педагог задает систему определенных правил и учит ребенка регулировать свое поведение этими правилами. Бывают среды менее структурированные как, например, перемены между уроками или объединение нескольких детей в общее игровое пространство для развития взаимодействия между ними.

Когда педагог начинает играть с ребенком, то среда не должна быть структурированной, но должна обладать некоторым постоянством: достаточно использовать определенное помещение, чтобы ребенок к нему привык и освоился в нем, и предлагаемые игры не должны часто меняться, лишь по мере их освоения. Педагог решает задачи, направленные не на обучение ребенка каким-либо навыкам, а помогающие развитию эмоционально-волевой сферы, поведения, взаимодействия, общения, самовосприятия. В результате решения этих задач ребенок оказывается готовым к обучению.

Когда ребенок находится внутри игровой ситуации, он меньше контролирует свои движения, действия, игра помогает ему расслабиться, уменьшается спастика – и он может осуществить действия, которые на произвольном уровне ему даются с большим трудом. Возрастает время активного внимания, контакт становится более продолжительным. В игре, через ощущения, он получает представления о разных материалах, их свойствах; учится управлять собственным телом; начинает лучше ориентироваться в пространстве (как ближнем, так и дальнем).

Педагог эмоционально подкрепляет двигательную активность ребенка, его сенсорный опыт, происходит совместное переживание события, критерием является ответная эмоциональная реакция ребенка. Эта реакция может быть как положительная, так и отрицательная. Отрицательная реакция тоже важна для педагога: она озна-

<sup>1</sup> Более подробно о средовом подходе, используемом в ЦЛП, можно прочитать в статье Д.В. Ермолаева, И.Ю. Захаровой (см. список литературы).

чает, что данная ситуация небезразлична ребенку, что у него появились предпочтения, какие-то предметы или действия ему нравятся, каких-то он избегает (на занятиях педагог гибко регулирует нагрузку, учитывает протестные реакции и внимательно наблюдает за эмоциональным состоянием ребенка).

### Что отличает игровую ситуацию от обучающей

– игровая ситуация предполагает свободу входа и выхода из нее. Педагог организует игровую ситуацию, приглашая ребенка в ней поучаствовать. В какой-то момент, может быть не сразу, ребенок отреагирует и начнет принимать участие в игре. Но вот он устал, его внимание переключилось на другой предмет, и педагог не возвращает настойчиво ребенка в эту игровую ситуацию (как это было бы в обучающей ситуации), а после паузы возобновляет игру, снова приглашая в нее ребенка. Задача педагога – увлечь ребенка, который должен захотеть все дольше быть вместе с взрослым внутри игровой ситуации;

– важно, чтобы ребенок и педагог получали удовольствие от игры. Если взрослый сначала заражает ребенка своей эмоцией, потом поддерживает его положительную эмоцию, то у ребенка возникает желание снова так поиграть, снова оказаться в ситуации, где им вместе было хорошо, – появляется мотивация к общению;

– в игре возможны любые превращения (педагог использует предметы – заместители реальных объектов). Покатайте ребенка на одеяле по комнате – «как будто едем на поезде к медведю в гости». Спрячьтесь под большим платком – «как будто сидим в пещере»;

– все участники принимают определенные правила игры;

– действия, из которых состоит игра, выполняются играющими по очереди; ребенок учится ждать своей очереди. Например, педагог предлагает по очереди запускать машинки или мячики с горки, по очереди кормить друг друга «кашей» или запускать яркий волчок.

### Этапы игры

1. На первом этапе педагог определяет, какие игры использовать. Он наблюдает за ребенком, смотрит, в какие игры он эмоционально

вовлекается и получает удовольствие. Педагог подключается к этим играм, наблюдает, насколько ребенок отслеживает границы своего игрового пространства, впускает ли взрослого в свою игру, соглашается ли на то, чтобы взрослый играл рядом.

Если ребенок сам не играет (не берет предметы в руки, у него нет предметно-манипулятивной деятельности, он не может самостоятельно перемещаться в пространстве), то игру инициирует педагог.

Это могут быть следующие игры:

а) если ребенок получает удовольствие от прикосновений, от изменений положения тела в пространстве, разрешает брать его на руки, сажать на колени, то педагог может начать с ритмических игр, направленных на повышение активности ребенка, установление эмоционального контакта с ним. Это качание на руках, на мяче, в гамаке под ритмические стихи и песенки; подбрасывание, кружение на руках; прыжки на батуте, большом мяче.

*Ребенок в гамаке, педагог раскачивает его под стихок*

*«В поле гуляли трое гуляк,*

*После прогулки делали так:*

*Апчхи-апчхи-апчхи» – на последней фразе педагог в ритме стиха приподнимает и опускает ребенка в гамаке.*

Потом он может спросить: «Хочешь еще?» и при повторе, перед кульминационным моментом (подбрасывание), сделать небольшую паузу, чтобы ребенок уже готовился, ожидал события. В результате он учится предвосхищать событие, связывать одно явление с другим и выстраивать их во времени.

Для того чтобы ребенок был максимально включен в игру, педагог старается передать ритм стиха ребенку, установить с ним зрительный и тактильный контакт.

Педагог наблюдает за тем, насколько ребенок может поймать ритм стиха и начать двигаться в такт песни, стиха или потешки, т.е. может ли согласовать свои движения с движениями педагога, синхронизировать их и затем уже двигаться в ритме, опираясь только на слух, без зрительной опоры (раскачиваться под песенку самому, без физической помощи взрослого). Детям со спастикой в конечностях, конечно, сложно двигаться всем телом в ритме, но возможно отбивать ритм той рукой, где спастика минимальна. Удержание в ритме помогает снятию напряжения в конечностях;

б) возможно, у ребенка есть пространственные страхи, и изменение положения тела в пространстве является очень сильным

воздействием для него, блокирующим способность к восприятию. В этом случае педагог может предложить тактильно-ритмические игры, направленные на:

- формирование у ребенка образа собственного тела;
- развитие взаимодействия и углубление эмоционального контакта с ребенком;
- развитие подражания;
- привлечение внимания ребенка к речи;
- повышение уровня общей активности ребенка.

Педагог использует потешки, стихи, песенки, пальчиковые игры, включающие в себя обыгрывание различных частей тела (пальчики, ладошки, головка, коленки, подмышки и пр.) с их названием и эмоциональным проживанием: «Сорока-ворона», «Ладушки», «Коза», «Ку-ку» и др. Педагог рассказывает сказки и стихи, показывая отдельные действия: «Курочка Ряба», «Репка», «Теремок», «Кисонька-Мурысонька», используя поглаживание, похлопывание ребенка по спине, ножкам, ручкам с комментарием: «курочка пришла, зерно поклевала», «медведь пришел», «лошадка прискакала» и т.д.

*Ребенок находится на коленях у взрослого или лежит на наклонной плоскости на спине лицом к педагогу, который рассказывает сказку «Теремок», сопровождая текст определенными действиями: «стоит в поле теремок, бежит мимо мышка-норушка “пи-пи-пи” (педагог слегка перебирая пальцами, изображает бег мышки по телу ребенка), прибежала к теремку и стучит (педагог берет бубен и сначала сам стучит по бубну три раза “тук-тук-тук”, затем протягивает ребенку, ждет: “как стучит?”, если ребенок не стучит сам, то помогает ему постучать)».*

Во время повторения игр педагог старается уменьшить свою помощь, максимально включить в ситуацию ребенка. Рассказывая сказку, педагог меняет интонацию, тембр, силу прикосновения к разным частям тела ребенка и наблюдает, как ребенок реагирует на тактильные ощущения, сохраняет ли внимание на протяжении всей сказки или нужно дополнительно привлекать внимание ребенка;

в) если ребенок плохо реагирует на тактильные воздействия (например, у него высокая чувствительность), то ему можно предложить сенсорные игры, направленные на

- установление и развитие эмоционального контакта;
- повышение общего уровня активности ребенка;
- привлечение и удержание внимания.

*Это могут быть игры с различными крупами (манка, гречка), горохом, фасолью, песком. Под стихи и песенки педагог шлепает руками по крупе, насыпает ее себе на ладошку, «возится» руками в тазике с крупой, затем предлагает ребенку попробовать тоже поиграть так. Игры с водой: шлепать, брызгать, переливать; игры с мыльными пузырями; игры с различными сенсорными и музыкальными игрушками (юла, вертушки, разноцветные мячики, шары, фонарики, свечи, погремушки, колокольчики, маракасы, вибрирующие игрушки). Хорошо в такие игры вводить сюжет, варьируя в зависимости от возможностей ребенка его сложность (после того как «кашу» долго мешали, педагог насыпает фасоль на тарелочку и кормит «кашей» щенка).*

Сюжет помогает ребенку эмоционально участвовать в игре, связывать действия последовательно между собой, ориентироваться на смысл ситуации. Сюжет помогает и взрослому удерживаться в эмоциональном и смысловом пространстве игры;

г) ребенок может избегать тактильного и эмоционального контакта, предпочитая играть с предметами или игрушками. Тогда педагог подключается к его игре и предлагает те игрушки и предметы, которые интересны ребенку (информацию об этом он получает на первичном приеме от родителей). Педагог расширяет действия с ними, показывая разные способы игры.

*Ребенок просто катает машинки, педагог начинает катать свою машинку рядом, догоняя, обгоняя, сталкиваясь, заезжая в гараж. Постепенно параллельная игра переходит в совместную.*

Взаимодействуя с педагогом, ребенок начинает:

– смотреть на то, что делает педагог, прислушиваться к производимым звукам;

– впускать взрослого в свое игровое пространство (ребенок уже готов к взаимодействию);

– ждать своей очереди.

В результате такого игрового взаимодействия ребенок начинает переносить освоенные игровые приемы на другие предметы (катать не только машины, но и мячи, игрушки на колесиках, в машину можно сажать пассажиров), с любимыми предметами выполнять новые действия (машину можно красить, мыть, украшать наклейками, меняться, прятать под одеждой, под коробкой).

Игры с предметами и игрушками направлены на:

– установление эмоционального контакта;

– развитие взаимодействия и подражания;

– повышение общего уровня активности ребенка.

Таким образом, на первом этапе педагогу важно понять, какие игры использовать вначале (тактильные, тактильно-ритмические, сенсорные, игры с предметами), а затем расширять возможности ребенка внутри данной игры и подключать к ней постепенно другие перечисленные игры.

2. На втором этапе начинается работа, направленная на **изучение и освоение ребенком собственного тела**. Ребенок уже соглашается на тактильный контакт, у него уже есть некоторый сенсорный опыт и свое отношение к нему, есть опыт взаимодействия и подражания, он активнее включается в игру, дольше удерживает внимание.

Это могут быть следующие игры:

а) прятать под одежду игрушки (большие, маленькие, звучащие, вибрирующие) и находить их;

б) раскрашивать разные части тела перед зеркалом. Сначала педагог красит себя, потом предлагает ребенку покрасить сперва небольшие области, потом более обширные: от пятен на ладонках до окрашивания рук, ног, живота и т.д. Если начать рисовать сразу на теле ребенка, то это может его испугать, вызвать у него нежелательную защитную реакцию (слезы, крик, желание сразу смыть или вытереть краску, просто убежать из комнаты). Постепенное вхождение в ситуацию делает ее более доступной, привлекательной для ребенка;

в) прикреплять разноцветные липучки на разные части тела;

г) украшать себя перед зеркалом;

д) надевать на разные части тела музыкальные браслеты;

е) рисовать ребенка в полный рост на зеркале, на бумаге;

ж) рисовать ребенка, педагога, знакомых людей, животных на бумаге, потом накладывать аппликацию из пластилина, цветной бумаги, вырезать фигуры по контуру, играть с ними, делать к ним подписи;

з) раскрашивать куклу («наденем на ручки красивые перчатки, на ножки – красивые колготки»);

и) прятать в тазике с крупой или в сухом бассейне разные части тела (закопать ручки – «где же ручки? куда спрятались?»).

Такие игры помогают формированию схемы тела и развитию самовосприятия. Педагог сначала помогает ребенку почувствовать, где у него находятся руки, ноги, спина, живот, голова, затем найти,

показать и назвать разные части тела. Таким образом, у ребенка постепенно формируются физические границы собственного тела, он начинает осознавать и контролировать ощущения, идущие от собственного тела (например, кто-то схватил ребенка за левую голень, а он находит взглядом того, кто схватил – источник дискомфорта, и даже может убрать руку того, кто держит, как-то к этому отнестись и дать соответствующую эмоциональную реакцию).

3. На третьем этапе педагог структурирует пространство и время игровых занятий с ребенком и предлагает ребенку начать **ориентироваться в структуре занятий**.

Педагог внутри одного помещения создает несколько игровых зон: ритмические игры на большом мяче или в кресле-качалке, игры с водой в тазике в противоположном углу комнаты, игры с тестом за столом, игры с раскрашиванием перед зеркалом, игры на прохождение полосы препятствий – в другом конце комнаты. Педагог проводит ребенка по данному маршруту, ребенок постепенно запоминает, в каком месте в какие игры играют, у него появляется возможность во время паузы самому освоить этот маршрут, возможность выбрать, в какую игру он будет сейчас играть.

Таким образом, сначала педагог выстраивает взаимосвязь между определенным действием, игрой и местом. Игры должны быть одними и теми же, повторяться много раз. Постепенно ребенок начинает ориентироваться в пространстве. Эти игры могут происходить в любой последовательности.

Затем педагог начинает выстраивать определенную последовательность игровых действий, постоянно повторяя ее от занятия к занятию.

Постепенно складывается пространственно-временная структура, и ребенок начинает в ней ориентироваться.

*Сначала педагог играет с ребенком в игровой комнате, затем он переходит с ним в кабинет для ручной деятельности, и там они что-нибудь лепят или рисуют, а потом приходят в музыкальный класс на занятие по музыкальной терапии.*

Ребенок начинает связывать события: лепить из глины он будет после того, как поиграет, а петь песенки – после того, как полепит и порисует.

Содержание занятий определяется теми задачами, которые команда педагогов сформулировала, составляя индивидуальный план



реабилитации. Данная последовательность действий должна соблюдаться некоторое время, чтобы ребенок начал в ней ориентироваться. Педагог может использовать предметы или карточки для составления расписания и перед началом каждого занятия показывать их ребенку. Карточки, на которых изображен предмет или ситуация, показывают в том случае, если ребенок уже соотносит предмет и его изображение, или мы понимаем, что он готов сейчас этому обучаться.

*Педагог показывает ребенку мяч и называет его (или картинку с изображением мяча), и они начинают в игровой комнате играть в мяч. Затем показывает кисточку (или картинку с изображением кисточки) и говорит: «Смотри (или «потрогай» – для ребенка, не пользующегося зрением), это кисточка, пойдём рисовать». Потом педагог показывает колокольчики или бубен (или картинку с музыкальными инструментами) и также обозначает следующее событие.*

Когда у ребенка появится представление о связи между предметом (картинкой) и последующим событием, педагог может смотреть с ребенком все расписание целиком перед началом занятий. Задача – построить пространственно-временной стереотип, помогающий ребенку регулировать свое поведение. Известно, что стереотипы на определенном этапе развития играют важную роль, помогая адаптироваться к внешним условиям, связывать события в пространстве и времени, видеть последовательность событий, уметь ориентироваться (сначала моем руки, потом идем обедать; домой пойдём после сказки), подчинять «сиюминутные» желания-импульсы объективно заданному порядку вещей, тем самым обучая ребенка регулировать свое поведение. Когда стереотип сформирован, педагог ставит задачу сделать его более гибким: менять помещение для игры, осваивая новое пространство, или изменить содержание занятий (после игры пойти смотреть сказку).

Второй и третий этапы могут осуществляться параллельно.

**4. На четвертом этапе** занятия направлены на **собственно эмоциональное развитие ребенка**. Это:

- а) заражение чужой эмоцией;
- б) выражение собственных эмоций;
- в) дифференциация эмоций в зависимости от предлагаемых игровых ситуаций;
- г) управление собственными эмоциями;
- д) осознание своих эмоций.

Педагог может использовать вышеперечисленные игры (сенсорные игры, игры с предметом, телесно-ориентированные игры), но акцент во время игры делать на том, как ребенок выражает свои эмоции и управляет ими.

*Во время игры с водой ребенок заражается эмоцией педагога, начинает сам шлепать руками по воде, радоваться, кричать. Педагог может усилить эмоциональную реакцию ребенка (увеличивая темп, повышая степень интенсивности своих эмоций), а может снизить интенсивность эмоционального реагирования ребенка, переключив его внимание на другое действие или другой предмет (запустить горящую свечу в тазик с водой), снизив интенсивность своих эмоций и темп игры.*

*Можно использовать такие игры, как кидание подушек друг в друга, качание в одеяле, катание на одеяле по полу, постройка и разрушение башни из кубиков, «возня» в сухом бассейне, игры с мячом (бросать, катать друг другу и в определенную цель), с воздушным шариком, запускание машинок с горки, залезание под одеяло и включение там фонарика, убегание от большой мягкой игрушки или от игрушки, которая может схватить, пощипать (ворона, одеваемая на руку).*

*Полезно рисовать вместе с ребенком (общий лист, у каждого кисточки или краски для рук), эмоционально комментируя элементы рисунка. Рисунок может не иметь сюжета (просто по очереди украшают лист яркими пятнами), иметь простой сюжет, как в сказке «Теремок» (педагог выделяет каждый персонаж – цветом, эмоцией, голосом, рисует его дорожку), иметь более сложный сюжет, например рисовать истории из жизни ребенка с продолжением (вчера были в цирке, кто из зверей понравился).*

Педагог может разворачивать такие игры внутри сюжета, который помогает удержать внимание ребенка.

Ребенок начинает понимать, что его конкретные действия могут вызывать определенные эмоции у взрослых, он начинает ориентироваться на эмоциональную реакцию другого человека, ожидать ее, стараться вызвать ее внутри этой игровой ситуации.

Важным здесь является комментарий взрослого: педагог называет эмоциональное состояние ребенка, обозначая, категоризируя его, и помогает тем самым ребенку осознать свои эмоции: «Ой, как высоко шарик полетел! Ура! Влада смеется! Влада, тебе нравится? Да, нравится!» «Ой, как больно ежик колется! Фу, какой колючий! Миша рассердился! Даже рукой стучит!»

Когда взрослый проигрывает вместе с ребенком его эмоциональное состояние, это тоже помогает ребенку осознать свои эмоции.

*Педагог вместе с ребенком прячется от собаки (другого педагога), которая их ловит. «Ой, как страшно! Давай здесь от нее спрячемся!»*

Если на втором этапе мы говорили о формировании физических границ, то здесь педагог помогает ребенку понять, что с ним происходит, какие чувства он переживает, как выражает свое отношение к людям, к ситуациям, к предметам.

## **Заключение**

Почему же периоду обучения должен предшествовать игровой период, независимо от того, насколько у ребенка выражены проблемы в развитии?

В игре ребенок учится ориентироваться на правила, подчинять им свое поведение. В игре он совершает множество повторяющихся действий, получая удовольствие от повторения и совершенствуя саму технику осуществления действия. И регуляция своего поведения, и умение совершать повторяющиеся действия готовят ребенка к обучению. Когда мы занимаемся с ребенком раннего или дошкольного возраста, имеющим множественные нарушения развития, то какие бы задачи мы ни ставили (по развитию двигательной, сенсорной сферы, по развитию речи, взаимодействия, познавательной сферы), мы будем их решать внутри игровой ситуации. Если сразу начинать занятия с обучения, для которого необходима высокая степень произвольной регуляции деятельности (когда от ребенка добиваются выполнения определенных действий в ответ на инструкцию взрослого с последующей оценкой этих действий), то это будет противоречить логике возрастных периодов развития ребенка и препятствовать его гармоничному развитию.

## **Литература**

1. Хейзинга Й. Homo Ludens; Статьи по истории культуры. – / Пер., сост. и вступ. ст. Д.В. Сильвестрова; Комм. Д.Э. Харитоновича. – М.: Прогресс–Традиция, 1997.

2. *Ермолаев Д.В., Захарова И.Ю.* Средовой подход в работе с детьми с нарушениями развития эмоциональной сферы. //Особый ребенок. Исследования и опыт помощи. Вып. 5. – М.: Теревинф, 2006.
3. *Финни Н.Р.* Ребенок с церебральным параличом: Помощь, уход, развитие. Книга для родителей. – Изд. 3-е. – М.: Теревинф, 2009. – (Особый ребенок).
4. *Водинская М.В., Шапиро М.С.* Развитие творческих способностей ребенка на занятиях изобразительной деятельностью. – М.: Теревинф, 2006. – (Лечебно-педагогические программы). – 48 с.
5. *Разенкова Ю.А.* Игры с детьми младенческого возраста. – М.: Школьная пресса, 2000.
6. *Баенская Е.Р.* Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием (ранний возраст). – М.: Теревинф, 2007. – (Особый ребенок). – 112 с.
7. *Ньюмен С.* Игры и занятия с особым ребенком. – /Пер. с англ. Н.Л. Холмогоровой. – Изд. 3-е. – М.: Теревинф, 2009. – (Особый ребенок). – 240 с.

# Как снять приступ бронхиальной астмы у детей нелекарственными методами<sup>1</sup>

А.М. Тимофеева

## Как отличить приступ бронхиальной астмы (бронхоспазм) от других видов затрудненного дыхания

Во время приступа бронхиальной астмы (БА) у человека затруднен выдох, но поскольку у маленького ребенка не всегда удастся точно различить характер затруднений дыхания, нужно ориентироваться на другие особенности его состояния.

Главное – помнить, что частый непрерывный кашель у ребенка, который никак не удается остановить, – это, скорее всего, спазм бронхов, аналог БА, о котором окружающие даже не догадываются. Полезно также знать анамнез: если в семье была аллергия, это повышает вероятность того, что у ребенка может развиваться бронхоспазм.

### Признаки БА:

1. На первом году жизни: если ребенок постоянно кашляет, кашлевые толчки идут один за другим – это, возможно, приступ БА.

2. У более взрослого ребенка (старше 1 года): ребенок кашляет, не может лежать, особенно на спине, наблюдается удлиненный затрудненный выдох при коротком резком вдохе.

БА может быть проявлением аллергии в результате неправильного вскармливания: это происходит в том случае, когда за короткий срок ребенку сразу добавляют в рацион несколько новых продуктов. Чтобы снизить вероятность БА, лучше вводить новые виды еды постепенно, по одному и не слишком рано. Не надо стараться «напитать» ребенка. На первом году жизни не надо вводить клубнику, землянику, можно только попробовать чернику, поскольку на нее аллергия бывает очень редко.

Бронхоспазм может возникнуть от запаха цветов, даже тех, что стоят в вазе, а также от обилия ковров в квартире. Все это нужно

<sup>1</sup> Статья готовится к публикации в качестве новой главы книги «Беседы детского доктора» – *Прим. ред.*

заранее предусмотреть и, может быть, даже убрать эти и другие возможные аллергены.

Бронхоспазм может также возникнуть от лекарств, антибиотиков, табачного дыма, других запахов, в том числе краски. Если в доме ремонт или есть курящие, лучше на время приступов уехать из дома. В противном случае ребенок может начать без конца кашлять, и это будет аналогом настоящего бронхоспазма.

Мы не всегда знаем, какова экология окружающей среды в том районе, где живет ребенок: выбросы, дым труб заводов и фабрик загрязняют воздух и воду. Но дети по-разному реагируют на одни и те же вещества. Иногда ребенок живет в самом экологически неблагоприятном месте – и ничего, а как только распустятся первые цветочки – немедленно начинается приступ.

## **Питание ребенка во время приступов БА**

Самое главное для малышей в этот период – привычная еда. Не нужно давать прикорм, а если ребенок питается смесями, следует оставить только низкоаллергенные (гипоаллергенные) смеси.

Если ребенок находится на чисто грудном вскармливании, мама должна сесть на диету и продолжать кормить ребенка только грудью. В любом случае очень важно не вводить прикорм слишком рано, а во время приступов тем более необходимо воздержаться от введения любых новых видов питания.

Если ребенок находится на смешанном вскармливании – надо оставить только то, что он лучше всего переносит, и не вводить ничего нового. Из молочных смесей лучшие – те, что близки к натуральному материнскому молоку. Хорошо использовать смеси из северных стран: Голландия и Скандинавия выпускают качественные низкоаллергенные молочные смеси.

Кормящая мама в период приступов у ребенка должна отказаться от кофе, шоколада, какао и пр. – от тех вещей, которые вызывают у ребенка ухудшение дыхания. Даже если маме очень хочется, такие виды еды необходимо исключить из питания.

Если мама пьет лекарство, необходимо заранее посмотреть аннотацию (может ли оно вызвать аллергию и можно ли принимать его беременным и кормящим) и, возможно, придется отказаться от этого лекарства, как бы врач его ни рекомендовал.

Более старшего ребенка (который ест уже обычную пищу) во время приступов хорошо посадить на питание только безмолочными кашами и овощами (как в Великий пост). Не надо давать ребенку ни мяса, ни сливочного масла, ни молока, ни сливок, ни творога. Допустимо использовать только растительное масло.

## **Методы нелекарственного выведения ребенка из приступа. Основные правила помощи ребенку в острый момент**

Нужно ласково успокоить ребенка, сказать ему, что все хорошо, сейчас все пройдет и т.д., не показывать ему испуга или ужаса, все действия также надо совершать в полном спокойствии.

Во время приступа, если мама очень боится и не может удержаться от выписанных врачом препаратов, например эфедрина, эуфиллина, то нужно разделить таблетку на 8 частей и  $1/8$  давать через 2 часа (но не по  $1/2$  и не по  $1/4$  таблетки!).

Действовать в ситуации приступа надо следующим образом.

1. Очистить кишечник (сделать очистительную клизму) и далее следить за кишечником, чтобы он очищался не реже, чем раз в 2 дня.

Необходимо помнить, что детям ни в коем случае нельзя ставить просто водяную клизму. Обычная вода, введенная через клизму, может всасываться кишечником, захватывая с собой вредные продукты обмена (особенно активно этот опасный процесс идет при высокой температуре). Состояние ребенка при этом резко ухудшается.

Детям следует вводить с клизмой только гипертонические растворы. Расчет при этом такой: 1–2 чайные ложки соли на один стакан (200 мл) теплой воды (холодная вода вызывает спазмы и боль). Такой раствор предотвращает всасывание воды через стенки кишечника и, наоборот, выводит ее наружу с каловыми массами. Детям до 6 месяцев достаточно ввести 30–50 мл этого раствора, от 6 месяцев до 1–1,5 лет – 70–100 мл, с 2–3 лет – один стакан, дошкольникам – 1,5–2 стакана. Детям 12–14 лет вводится 700–800 мл жидкости из расчета 1–2 столовые ложки поваренной соли (без верха) на один литр воды.

Такая клизма очистит ребенку кишечник, кроме того, она – один из методов нелекарственного снятия высокой температуры.

2. Не нужно стараться накормить ребенка. Следует исключить из рациона мясо и молочные продукты, использовать в питании безмолочные каши, растительное масло, овощи и фрукты.

3. В течение всего дня нужно постоянно работать с ребенком, делать какие-либо процедуры, не оставляя его в покое:

– каждые 2 часа делать массаж грудной клетки по Б.С. Толкачеву (методика описана в его книге: Толкачев Б.С. Физкультурный заслон ОРЗ. – М.: Физкультура и спорт, 1988). Кто-то из родителей должен изучить технику массажа, чтобы всегда применять ее во время приступов БА;

– каждые 2–3 часа проводить контрастные водные процедуры (душ);

– если у ребенка высокая температура, иногда полезно сделать обертывание или ванну – особенно в случае, если раньше это помогало. Температура воды должна быть контрастной по отношению к температуре тела ребенка: если у ребенка 39–40°, то вода (для обертывания или ванны) должна быть 35–36°;

– можно поставить банки, а на следующий день – масляный компресс, и все это повторять по необходимости. Эти процедуры утомительны для ребенка, поэтому в день следует делать только одну из них.

Необходимо помнить, что детям со склонностью к аллергии вообще противопоказаны любые процедуры с применением пахучих веществ (например, камфарного спирта, горчицы, скипидара). Они могут спровоцировать спазм бронхов и затруднение дыхания. В период приступов это может резко ухудшить состояние ребенка.

#### 4. Использовать водные процедуры.

Характер водных процедур зависит от индивидуальной реакции больного. Многие настоятельно рекомендуют применять во время болезни только холодные обливания, купание в проруби и т.д. Мой врачебный опыт подсказывает другое, а именно – индивидуальный подход к ребенку и не только к ребенку, но и к реакции матери, для которой такая процедура иногда может быть невозможной из-за страха ухудшить состояние ребенка. Каждый человек, а тем более ребенок, очень по-своему реагирует на процедуры, связанные с холодной водой. Внимательная мать иногда лучше врача подберет тот вариант, который будет наиболее приемлемым для ее ребенка. И если вы почувствуете, что вашему ребенку что-то помогает, но делать приходится не совсем так, как я говорила, – доверьтесь собственной интуиции. Для иллюстрации хочу привести три истории болезни.

Мальш 9 месяцев накануне моего осмотра выписан из отделения, где по причине бронхоспазма получил массивную антибактери-



альную терапию. Осмотр показал, что состояние тяжелое, бронхоспазм, живот резко вздут, печень значительно увеличена. У ребенка имелись снижение активности ферментов, признаки дисбактериоза, неустойчивый стул, плохо переваривались овощи. Многие продукты вызывали аллергические реакции. При таком состоянии желудочно-кишечного тракта я не могла решиться на холодные обливания, понимая, что нарушения в работе ферментативного аппарата от этого только усилятся. Мы с матерью ребенка сделали контрастные ванны: вначале горячую (постепенно повышая температуру воды от 37 до 38–40 градусов), а затем быстро окунали малыша в совсем холодную воду. Так повторяли три раза подряд. После последнего холодового воздействия, не вытирая, завернули ребенка в простыни и одеяла на 30–40 минут. Через некоторое время дыхание стало спокойным, приступ был купирован без медикаментозных средств, это сопровождалось соответствующей диетой и лечением дисбактериоза. Впоследствии мать сама научилась снимать бронхоспазм.

Другая история. Мальчик 13 лет страдал тяжелой формой атопического дерматита, на фоне которого ночью появлялись астматические приступы. Он часто спасался от невыносимого зуда различными холодовыми процедурами. Зная это, мы вместе зимой попробовали купание в проруби. Эффект был положительным: приступы бронхиальной астмы прекратились, хотя кожные проявления до конца не исчезли. Добавлю, что лечение проходило на фоне особой диеты.

Третий случай. Молодой человек, маляр по профессии, страдал от бронхиальной астмы. Приступы он снимал, принимая очень горячий душ.

Я привела эти примеры, чтобы еще раз показать индивидуальность реакций каждого больного. Старые врачи учили нас: надо лечить не болезнь, а больного, учитывать все особенности организма данного человека, всю сопутствующую патологию. Нельзя лечить одно заболевание и в то же время ухудшать течение другого. Только индивидуальный подход к каждому малышу! Внимательная мать – всегда лучший советчик и помощник врача. Поэтому в одних случаях показана холодная вода, в других – горячая, а иногда – контрастные водные процедуры.

Нередко БА развивается на фоне респираторной инфекции, с высокой температурой и другими проявлениями. В этом случае надо делать все соответствующие процедуры, кроме применения горчич-

ников и других пахучих веществ. В случае респираторного заболевания хорошо делать масляные компрессы – в тот момент, когда температура тела не превышает 37,5°. И другие тепловые процедуры следует делать только тогда, когда хотя бы временно температура не выше 37,5°.

Для масляного компресса растительное масло греют до 40–45°, в нем смачивают холщовую или полотняную тряпку, быстро оборачивают вокруг грудной клетки, сверху оборачивают еще одной тряпкой, потом полотенцем, шерстяным шарфом и оставляют на 2 часа. После снятия компресса ребенка надо непременно вымыть, чтобы масло не закрывало кожные поры, через которые выделяются вредные продукты обмена.

Вообще во время болезни для лучшего очищения организма ребенка следует купать, не боясь, что это ухудшит его состояние.

Компресс можно делать и в том случае, если приступ БА проходит без респираторного заболевания.

Наиболее тяжелым состояние ребенка кажется в тех случаях, когда спазм бронхов развивается на фоне бронхита. Выдох при этом становится длинным и затрудненным, при дыхании втягиваются межреберные промежутки, появляется синева вокруг губ. Ребенок испуган, мечется. В таких случаях, повторюсь, не следует делать горчичники, смазывать кожу пахучими веществами. Помните, подобный спазм – проявление аллергии! Следует спокойно и долго работать с ребенком. При БА на фоне бронхита масляные компрессы также полезны.

Кроме масляных хорошо делать и другие компрессы, например творожные. Надо согреть творог, быстро слить сыворотку, положить творог в марлю, а затем привязать его к груди на 30–40 минут. Творожный компресс можно делать и при высокой температуре. Если вы сделали творожный компресс, то в тот же день не нужно делать масляный компресс, обертывание или другую подобную процедуру – это может переутомить ребенка и привести к ухудшению его состояния.

При БА, так же как и при аллергических поражениях кожи, острых и хронических заболеваниях различных органов, применяются обертывания. В случае БА можно делать обертывание всего тела или только верхней половины тела. Напомню, что температура воды должна быть контрастной по отношению к температуре тела ребенка:

если у ребенка 39–40°, температура воды должна быть 36–36,5°; если у ребенка температура нормальная или пониженная – температура воды должна быть 38–39°.

Опишем проведение полного обертывания. Хорошо намоченное полотно вынимается из воды и быстро обертывается вокруг тела ребенка так, чтобы ручки оставались сверху свободными, а ножки, наоборот, были завернуты со всех сторон, кроме стоп. После этого очень быстро ребенка следует завернуть в простыню, затем в байковое одеяло и, наконец, в шерстяное одеяло (одеяла должны быть приготовлены заранее). Свободными в результате остаются только личико и стопы. Когда ребенок полностью завернут, надо надеть на ступни смоченные водой такой же температуры хлопчатобумажные носочки, поверх – шерстяные носочки, а затем подвернуть простыню и одеяла так, чтобы полностью закрыть ступни. Если вы чувствуете, что малышу становится холодно, укройте его еще чем-нибудь и положите к ногам теплую грелку. Так он должен лежать 50 минут – 1 час.

Подобные процедуры полезно делать и детям старшего возраста. Но так как большого ребенка бывает трудно обернуть полностью, можно делать частичные обертывания – только верхней половины тела, начиная от шеи и до конца грудной клетки (можно захватить и часть живота).

Старшим детям (начиная с 5 лет) рекомендуется во время процедуры обертывания давать потогонные травы, мед, малину – если на них нет аллергии. Чем сильнее потоотделение, тем эффективнее процедура. Нередко потоотделение начинается не после первой или второй процедуры, а позже. Но не стоит делать обертывание дважды в день, лучше повторить его на следующий день. Каких-либо компрессов в тот же день делать тоже не следует.

К моменту окончания процедуры надо приготовить теплую ванну (37–37,5°), чтобы очистить кожу от пота, затем, после ванны, не вытирая ребенка, завернуть его в простынку, одеяло и снова положить на 10–15 минут в кроватку, а потом одеть в чистое белье. Если ребенок не хочет ложиться в ванну, обмойте его с помощью душа. А если после обертывания в этот же день температура опять начнет подниматься, можно сделать такую же ванну, но без предварительного обертывания, или теплый душ, или обтереть ребенка уксусным раствором.

В больницах обычно при высокой температуре обтирают ребенка разведенным спиртом, особенно области крупных сосудов (на шее

– по ходу сонных артерий, на внутренней части бедер – по ходу бедренной артерии). Но спирт очень сушит кожу, поэтому в домашних условиях лучше делать обтирание водой с уксусом: на один литр холодной воды – одна столовая ложка уксуса (именно уксуса, а не уксусной эссенции!). Можно в такой же пропорции заменить обычный уксус яблочным. Обтирать следует вначале грудь и спину, затем ручки, нижнюю половину тела. На лоб кладется тряпочка, смоченная холодной водой с уксусом. Обтирание можно повторять каждые 1,5–2 часа. Если ребенок потеет, необходимо каждый раз менять белье. Надо также следить, чтобы ребенок не был перекутан.

Повторю, что в первую очередь необходимо очистить кишечник с помощью очистительной клизмы. Очищая кишечник ребенка, мы снижаем токсическую нагрузку на организм. Это особенно важно при высокой температуре, т.к. она способствует увеличению всасывания токсических отходов, которые всегда накапливаются в нижних отделах кишечника.

Важно помнить, что в период приступов нельзя кутать ребенка.

Перекутывание, загрязненная кожа, неочищенный кишечник и обильная пища являются факторами, усугубляющими тяжелое состояние. Сколько раз в своей врачебной практике я встречала подобные ситуации! Иногда стоило только очистить кишечник, предложить диету и вымыть ребенка, как его состояние улучшалось.

### **Как вести ребенка в межприступный период и выходить на обычный режим**

В межприступный период можно постепенно, очень осторожно, внимательно наблюдая за состоянием ребенка, расширять рацион питания. Вводить в пищу мясные и молочные продукты допустимо лишь постепенно и только при стабильном улучшении общего состояния, в том числе при устойчивом снижении температуры.

Необходимо продолжать, хотя и не так часто, массаж, постепенно уменьшая частоту до одного–двух раз в день.

Обливания и компрессы следует делать все реже, постепенно «пропуская» дни – так, чтобы в случае стойкого улучшения состояния ребенка в течение 2–3 месяцев их прекратить.

Эти меры будут поддерживать хорошее состояние ребенка.

**Обратите внимание:** речь выше идет только о спазме бронхов. Если у ребенка отек гортани – так называемый круп (затруднен **вдох**) – необходимо действовать совсем иначе!

Круп – это сужение гортани из-за ее воспаления и аллергического отека. Предвестником крупа бывает появление сиплого голоса или сухого «лающего» кашля. В этом случае следует добиваться перехода сухого кашля во влажный. Лечение должно быть незамедлительным и упорным, чтобы не допустить появления затрудненного дыхания (вдоха). В первую очередь надо парить ноги. Хорошо во время этой процедуры открыть кран с горячей водой так, чтобы в помещении была большая влажность и теплый воздух, способствующие отхождению сухих корок и слизи из гортани. В это время детям старше 1 года дают пить отхаркивающие травы (мать-и-мачеху, трехцветную фиалку, корень солодки и др.), любые детские отхаркивающие микстуры. Как противоаллергическое применяют антигистаминные препараты (димедрол, супрастин и т. д.) в возрастных дозах не более 7–10 дней.

# Переход от игры к обучающим занятиям в работе с детьми с выраженными нарушениями развития познавательной сферы

Т.Б. Будильцева

Обычно в дефектологической практике работы с дошкольниками перед специалистом ставятся задачи познавательного развития, формирования когнитивных навыков: произвольного внимания и памяти, таких функций мышления, как умение выделять признаки и свойства объектов, сравнивать и сопоставлять объекты по выделенному признаку. Когда ребенок достигает старшего дошкольного возраста, задача формирования базовых школьных навыков становится наиболее актуальной: ребенка нужно подготовить к школьной жизни, к новой для него роли ученика.

В ходе дефектологических занятий у ребенка формируются также пространственно-временные и математические представления, усвоение которых необходимо для дальнейшего обучения в школе. Кроме того, дефектолог решает задачи развития речи.

Решение данных задач, то есть сам процесс обучения, требует от ребенка достаточно высокого уровня произвольного внимания и деятельности в целом, достаточно высокого уровня активности и навыков взаимодействия. Ребенок должен понимать цель каждого задания и видеть связь между поставленной целью и результатом собственной деятельности.

Мы часто работаем с детьми, чей уровень развития произвольной деятельности достаточно низкий. В самом крайнем случае у ребенка не формируется внутренняя программа собственных действий и поведение может регулироваться случайными стимулами («полевое поведение»).

Чаще всего мы имеем дело с детьми, особенность речевых расстройств которых состоит в том, что преобладающим в их структуре является семантический дефект. Расстройства речи сочетаются с грубыми нарушениями познавательной деятельности и аномальным психическим развитием в целом. Речевые нарушения у таких детей

носят системный характер. Нарушаются все компоненты речи: ее фонетико-фонематическая и лексическая стороны, грамматический строй, отмечается несформированность как импрессивной, так и экспрессивной речи. Нарушения импрессивной речи, т.е. понимания ребенком чужой речи, могут иметь различную степень выраженности. В ряде случаев такие дети не понимают простые речевые инструкции и не откликаются на собственное имя. Собственная фразовая речь, как правило, отсутствует. Словарный запас таких детей, как активный, так и пассивный, беден, наблюдается смешение понятий или замена одних понятий другими. Также наблюдается недоразвитие фонематического слуха в разной степени: от слабости дифференциации фонем, отличающихся одним признаком, например по звонкости–глухости, до нарушения различения неречевых звуков. Это может проявляться как в восприятии, так и при произнесении. У детей оказываются несформированными все этапы речевой деятельности: отмечается снижение потребности в речевом общении, нарушение смыслового программирования речевой деятельности, создание внутренних программ речевых действий. Вследствие целого ряда причин нарушается реализация речевой программы и контроль собственной речи, затрудняется сличение полученного результата с предварительным замыслом. В различной степени нарушаются многие уровни порождения речевого высказывания: смысловой, языковой, сенсомоторный. При этом наиболее нарушенными оказываются высокоорганизованные, сложные уровни (смысловой и языковой), требующие сформированности операций анализа и синтеза, абстрагирования, обобщения и сравнения. Прежде всего страдает первое звено в системе порождения речевого высказывания, т.е. мотивация к речевой деятельности. Таким образом, мы говорим о детях, у которых страдает речь как целостная функциональная система.

Именно потому, что мы говорим о детях с низким уровнем развития произвольной деятельности и со сложной структурой речевого дефекта, который оказывает влияние на психическое развитие в целом, дефектологическим занятиям должен предшествовать ряд этапов подготовительной работы.

Во время знакомства с ребенком определяются основные диагностические задачи. После целенаправленного наблюдения за ребенком и проведения диагностических занятий определяются задачи познавательного, речевого, эмоционального развития и обуче-

ния, которые в дальнейшем решаются на индивидуальных занятиях с дефектологом или нейропсихологом.

Для того чтобы производить какие-либо целенаправленные действия, такому ребенку необходимо иметь возможность максимально опереться на взрослого, который ставит цель, помогает удерживать программу действий и оценивать результат. Поэтому первое, что необходимо сделать, – это наладить с ребенком эмоциональный контакт и адаптировать его к новой ситуации занятий.

Как правило, для первичной адаптации и налаживания эмоционального контакта ребенок начинает посещать игровые занятия.

Игра и обучение как виды деятельности имеют ряд отличий. Во время игры ребенок вступает в игровую ситуацию и выходит из нее свободно по своему желанию. Единственным мотивом и целью подобной деятельности является сам ее процесс и те переживания и впечатления, которые ребенок получает в ходе игры. Этого нельзя сказать о процессе обучения. Мотивация, необходимая для обучающих занятий, формируется постепенно и зачастую непосредственно в процессе обучения.

Резкий переход от игровых занятий к обучающим может быть затруднен в силу несформированности мотивации к обучению и недостаточного развития произвольной деятельности, т.е. способности удерживать цель каждого упражнения или даже отдельного действия, планирования, контроля и оценки своих действий.

Постепенный переход от игровых занятий к обучающим происходит посредством включения ребенка в организованную деятельность, не являющуюся, по сути, обучением.

**Во-первых**, это происходит с помощью включения ребенка в групповые занятия, имеющие четкую структуру и направленные на взаимодействие детей между собой и со взрослыми. **Во-вторых**, сами обучающие занятия могут вырастать из игрового взаимодействия с ребенком во время подготовительного этапа индивидуальных дефектологических занятий.

## **Переход от игры к обучению в процессе занятий в группе**

Итак, чтобы постепенно перейти от свободной игры к обучающим занятиям, мы предлагаем ребенку участие в четко структурирован-



ных групповых занятиях, предполагающих взаимодействие детей между собой.

Такого рода занятиями являются «Круг», «Сказка» и «Фольклорные танцы». Начиная участвовать в занятиях такого рода, ребенок попадает в четко организованную пространственно-временную структуру, определяемую поведением других участников и заданными извне правилами. Выход ребенка, как участника, из ситуации занятия может нарушить или прекратить его ход. Это побуждает ребенка продолжать участвовать в занятии, дожидаться его окончания или завершения текущего этапа, не поддаваясь собственному стремлению уйти. Таким образом, ребенок учится регулировать свое поведение. Все эти виды деятельности предусматривают подчинение определенным правилам и выстраивание поведенческого стереотипа, постепенно заменяемого смысловой мотивацией.

Так, например, в занятиях фольклорными танцами мы начинаем с хороводов с заданной последовательностью движений и действий, которые дети могут усвоить, подражая взрослым: ходьба по кругу, в центр, из центра.

#### **Хоровод «Во саду ли, в огороде».**

Играющие стоят в кругу, взявшись за руки, и поют:

*« Во саду ли, в огороде девица гуляла (двигаются по кругу по часовой стрелке),*

*Она правую рукою цветы собирала» (двигаются по кругу против часовой стрелки).*

Затем текст песни повторяется, хоровод движется сначала к центру круга, а затем – из центра.

После этого появляются хороводы с участником в центре, которому предстоит выбрать следующего водящего.

#### **«Каравай».**

Играющие идут по кругу, держась за руки, и поют. В центре стоит водящий. Затем играющие выполняют движения в соответствии с текстом песни. В конце песни водящий выбирает следующего, подойдя к любому из игроков и поклонившись ему. Выбранный выходит в центр круга, после чего игра возобновляется. Хоровод может сопровождаться различными вариантами напевок. Вот один из них:

*По задворью хожу,  
Каравай ношу.*

*На чьих именах?*

*Да на Машиных.*

*Вот такой вышины* (поднимают руки вверх),

*Вот такой нижины* (опускают руки и садятся на корточки),

*Вот такой ширины* (расходятся от центра круга),

*Вот такой жуины* (сходятся к центру).

На следующем этапе предлагаются игры, в которых действия центрального игрока становятся более разнообразными и вариативными, где ребенок должен вступить во взаимодействие с другими участниками, но структура хоровода сохраняется.

### **Примером такой игры является хоровод «Яблонька»:**

В центре круга – один играющий. Он – «Яблонька». Остальные играющие идут по кругу, поют и в соответствии со словами песни выполняют те или иные движения.

*Мы посадим яблоньку на горе, на горе,*

*Наша яблонька расцветет по весне, по весне*

(«Яблонька» сидит на корточках и делает ладошками вращательные движения).

*Расти, расти, яблонька,*

*В добрый час, в добрый час,*

*Потанцуй-ка, яблонька,*

*Попляши для нас*

(«Яблонька» встает и пляшет).

*А мы нашу яблоньку все трясати будем*

(все играющие сходятся к центру круга и трясут «Яблоньку»),

*А мы сладки яблочки собирать будем*

(играющие расходятся, становятся в круг и делают вид, словно собирают яблоки с земли).

*А мы нашу яблоньку*

*Все пощиплем*

*Да от нашей яблоньки*

*Убежим вихрем.*

(Играющие сходятся к центру и щиплют «Яблоньку», затем разбегаются, а «Яблонька» догоняет кого-нибудь. Он и становится следующей «Яблонькой». Игра продолжается снова.)

И, наконец, мы переходим к сюжетным играм с правилами, где уже нет четкой пространственно-временной структуры хороводов

(«Волк и гуси», «Ворон и куры».) Такого рода игры требуют от ребенка умения понимать смысловой контекст сюжетной линии и осознавать правила игры исходя из своей роли в ней.

### **Примером подобных игр может быть игра «Ворон и куры».**

Из среды играющих выбирают «ворона» и «хозяйку»; остальные изображают кур. Ворон уходит за угол. Хозяйка удаляется в «дом» и «ложится спать». В это время ворон уносит с собой одну из куриц. Хозяйка, проснувшись, начинает считать кур, но не досчитавшись одной, идет к ворону и спрашивает: «Ворон, ворон, Иван Петрович! Не видал ли ты моей курочки?» Ворон отвечает: «Какие тебе курочки? Почто на мое поле пришла?» Хозяйка уходит и опять ложится спать. В это время является ворон и опять уносит курицу. Таким образом, хозяйка выдает всех играющих одного за другим и отправляется к ворону в последний раз. Ворон опять отказывается ответить хозяйке, но она начинает «кликать» кур: «Тю, тю, тю!» Тогда куры соскакивают со своих мест и щиплют хозяйку и ворона. Первую – за то, что плохо их сберегла, второго – за то, что их крал. Ворон с хозяйкой убегают от щиплящих их кур в сторону хозяйкиного дома. В игре «Ворон и куры» довольно развернутый сюжет и четкое распределение ролей (вот ворон, вот куры, вот хозяйка). Игра возобновляется с новыми водящими, которые выбираются с помощью считалочки.

Занятие «Круг» проводится, как правило, в начале учебного дня. Все дети и взрослые сидят в кругу. Детям предлагаются различные игры и упражнения. Здесь также происходит постепенное усложнение формы и содержания игр. В начале применяются игры, во время которых все участники одновременно повторяют за взрослым простые движения: поднимают и опускают руки, топают, хлопают. Затем можно перейти к играм, включающим упражнения на взаимодействие, где требуется передать друг другу предмет или выполнить с ним какое-нибудь действие.

Так, например, вначале предлагается такое упражнение: взрослый читает стихотворение, показывает на определенные части лица и тела и выполняет соответствующие движения. Детям предлагается повторить движения за педагогом.

*Рот, нос, голова,*

*Уши, щеки, лоб, глаза,*

*Плечики, плечики, шея и грудь –*

*Не забыть бы что-нибудь,  
Ноги, попа и спина –  
Тоже каждому нужна.  
Ручками «хлоп-хлоп» и  
Ножками «топ-топ».  
Раз – туда (покачиваемся направо),  
Два – сюда (покачиваемся налево),  
Это – «нет» (вращаем головой), а это – «да» (киваем головой).*

Затем переходим к упражнениям, в которых надо произвести действие с предметом, а затем передать его соседу.

Педагог дает сидящему рядом ребенку бубен. Ему предлагается поиграть на бубне в то время, пока все остальные хлопают в ладоши. Когда все перестают хлопать, бубен нужно передать соседу справа. Игра повторяется до тех пор, пока бубен не возвращается к ведущему педагогу.

На последнем этапе переходим к играм, включающим упражнения на взаимодействие, где все одновременно выполняют одинаковые действия и нужно скоординировать собственные действия с действиями других участников.

У всех в правой руке маленький мячик. Педагог считает вслух до трех. На счет «три» каждый передает свой мячик соседу справа, одновременно принимая в левую руку мячик от соседа слева, а затем перекладывает мячик в правую руку. После этого игра возобновляется.

Содержание сказок также постепенно усложняется. Показывая детям сказку, начинаем с простейших кумулятивных сказок («Репка», «Теремок», «Колобок») с ритмически повторяющимися нарастающими цепочками («Внучка за Бабку, Бабка за Дедку, Дедка за репку...», «я от Бабушки ушел, я от Дедушки ушел, я от Зайца ушел...») и кульминационным моментом в конце («и вытащили репку!», «и съела Лиса Колобка!»). Затем постепенно переходим к сказкам с более сложной сюжетной линией («Гуси-лебеди», «Снегурушка и Лиса») и заканчиваем волшебными сказками с развернутым сюжетом («Сестрица Аленушка и братец Иванушка», «Терешечка»).

Как мы уже говорили, постепенное усложнение упражнений и материала для игр и спектакля должно привести к развитию произ-

вольности и навыков взаимодействия, формированию поведенческого стереотипа и постепенному формированию сложных форм поведения, основанного на понимании смыслового контекста происходящего и осознания в нем собственной роли.

Индивидуальные занятия с дефектологом начинаются, как правило, в тот момент, когда задачи, поставленные в ходе групповых и индивидуальных игровых занятий, еще решаются, оставаясь актуальными. Часто ребенок посещает параллельно занятия в группе и индивидуальные дефектологические занятия. Задачи установления эмоционального контакта, формирования навыков взаимодействия, развития произвольного внимания и деятельности в целом продолжают решаться дефектологом на подготовительном этапе занятий, являясь главным содержанием этого этапа. Решение данных задач создает базу для дальнейшего обучения ребенка и развития его познавательной сферы и речи.

### **Переход от игры к обучению на подготовительном этапе индивидуальных дефектологических занятий**

Итак, чтобы постепенно перейти к обучающим занятиям, необходимо учесть следующие особенности, часто присущие детям с выраженными нарушениями развития познавательной сферы:

- быстрая истощаемость и недостаточный уровень собственной активности;
- слабая выраженность и дифференциация эмоций, трудности в установлении эмоционального контакта;
- низкий уровень развития произвольной деятельности; потребность во внешних (зрительных, слуховых и тактильных) опорах для целеполагания, планирования и контроля собственной деятельности;
- несформированность схемы тела и недостаточный уровень развития подражания.

Исходя из этих особенностей учеников, на подготовительном этапе дефектологической работы при переходе от игры непосредственно к занятию «за столом» необходимо соблюсти ряд принципов.

1) **Важно установить эмоциональный контакт с ребенком и настроить его на активную деятельность**, т.к. мы часто имеем дело с детьми, которые быстро истощаются и нуждаются в поддержании определенного уровня собственной активности, необходимой для

деятельности. Для того чтобы выполнить эти задачи, а также сформировать у ребенка стереотип занятия, мы используем ряд приемов, в частности – тактильно-ритмические игры.

Если иметь в виду развитие обычного ребенка, такие игры (пестушки, потешки, пальчиковые игры) в разных культурах применяются при взаимодействии матери и ребенка в возрасте до одного – полутора лет. Возможно, некоторые наши современники могут помнить, как их мамы и бабушки пели им колыбельные, играли в «Ладушки» или водили указательным пальцем по их детской ладошке, рассказывая про Сороку, которая «кашку варила, деток кормила...»

**1.1.** Для того чтобы **наладить эмоциональный контакт** с ребенком, перед занятием мы начинаем взаимодействие с приветствия в игровой форме.

Прежде всего перед началом занятия важно установить глазной контакт с ребенком. Для этого необходимо расположиться так, чтобы лица педагога и сидящего напротив ребенка находились примерно на одном уровне. Для приветствия мы используем игры – «попевки», зажигаем свечу, гасим свет и после того, как ребенок сосредотачивает свой взгляд на пламени свечи, подносим раскрытую ладонь к его груди и напеваем: «Здравствуй, Андрюша, вот моя рука»; это означает, что ребенок должен положить свою руку на ладонь взрослого. «Попевки» позволяют установить не только контакт глаз, но и тактильный контакт. Свеча помогает ребенку сконцентрировать внимание на руке взрослого.

Таким образом, вырабатывается стереотип начала занятия и приветствия. Также используются игры с платочком.

*Например, мы читаем стихотворение:*

*Ветер по морю гуляет,*

*Ветер парус раздувает,*

*Парус Мишу накрывает,*

затем накрываем голову ребенка платком и произносим «Ау!», побуждая ребенка стянуть платок с головы. Сразу после того, как ребенок делает это, поем:

*А где наш Миша?*

*Там, там, там* (показываем на ребенка).

*А где наш Миша?*

*Здесь, здесь, здесь* (прижимаем руку ребенка к его груди).

Затем обращаем внимание на взрослого, побуждая ребенка накрыть ему голову платком. Произносим опять «Ау!», пытаемся до-

биться от ребенка произнесения «Ау!» по подражанию. Потом побуждаем ребенка стянуть платок с головы взрослого и найти, таким образом, взрослого напротив.

Через некоторое время – с целью активизации речи – начинаем удерживать паузу перед последними словами («Там-там-там», «здесь-здесь-здесь») и добиваемся от ребенка усиленного озвучивания этих слов, а затем и их произнесения. Во время этой игры ребенок также учится соотносить себя со своим именем.

**1.2. Чтобы настроить ребенка на активную деятельность**, мы применяем тактильно-ритмические игры, позволяющие повысить уровень собственной активности ребенка. Одним из важных аспектов стимуляции такого рода является то, что мы активизируем мышечный тонус, провоцируя двигательные реакции. Мы вызываем у ребенка различные тактильные ощущения, побуждая его обратить внимание на эти ощущения и на их источник – руку взрослого.

Например, мы рассказываем стихотворение:

*Шла большая черепаха  
И кусала всех со страху  
За уши (нос, живот).*

Затем прикасаемся к соответствующей части тела ребенка, что побуждает его зафиксировать свое внимание на этом ощущении и на руке взрослого как его источнике. Фиксация внимания вызывает, как правило, двигательную реакцию: например, ребенок может отодвинуть руку педагога. Затем ребенок научается предугадывать действия взрослого и «прячет» или, наоборот, подставляет нос, руку и т.д.

Мы используем также пальчиковые игры, которые позволяют сосредоточить внимание ребенка на более мелких движениях пальцев рук. Главным образом мы воздействуем на кисть ребенка (ладошку и пальчики), концентрируя взгляд ребенка на собственной руке, как на яркой игрушке.

Предлагаем следующие пальчиковые игры:

Взрослый берет левую руку ребенка, расправляет его ладошку так, чтобы все пальчики были выставлены, и произносит:

*Утро настало, солнышко встало.*

Затем загибает одновременно все пальчики этой руки в кулачок, а также все пальчики правой руки (кроме большого). Обращаясь к большому пальцу правой руки ребенка, взрослый произносит:

*Братец Федя, разбуди соседей.*

Затем взрослый помогает ребенку отогнуть каждый пальчик левой руки по очереди с помощью большого пальца правой:

*Вставай, Большой.*

*Вставай, Указка.*

*Вставай, Середка.*

*Вставай, Сиротка.*

*Вставай, Крошечка.*

*Привет, ладошечка.*

(Взрослый щекочет ладошку левой руки ребенка.) Затем, потягивая каждый пальчик ребенка, взрослый произносит:

*Все потянулись*

*И улынулись.*

Ребенок должен подвигать всеми пальчиками одновременно.

Берут ребенка за руку, водят своим указательным пальцем по середине его ладошки, приговаривая:

*– Сорока, сорока,*

*Где была?*

*– Далеко;*

*Кашку варила,*

*Деток кормила.*

Потом, загибая каждый палец руки, начиная с мизинца, приговаривают: «И этому дала». Останавливаясь на большом пальце, потягивают его и произносят: «А этому не дала. Ты, дед, с бородой, сходи за водой». Далее, «перебегая» большим и указательным пальцем от запястья до локтевой ямки ребенка, а затем – от локтевой ямки до подмышки, щекочут его, приговаривая: «Через пень, колоду – в крыницу, холодной водицы напиться».

В пестушках и пальчиковых играх существенно то, что все движения сопровождаются звучащим ритмом. Смена движения или характера тактильного воздействия сопровождается изменением ритма прибаутки, что является дополнительной опорой для фиксации внимания ребенка на происходящем.

Ребенок учится распознавать более тонкие тактильные и кинестетические ощущения и фиксировать на них свое внимание.

В дальнейшем, когда с ребенком установлен глазной, тактильный и эмоциональный контакт, уже нет необходимости во фронтальном взаимодействии, при котором педагог и ребенок находятся друг напротив друга. Мы переходим к играм перед зеркалом. Взрослый



при этом садится позади ребенка или рядом с ним так, чтобы у них была возможность видеть друг друга. Играя в описанную выше игру «А где наш Миша?», мы помогаем ребенку научиться узнавать в зеркале себя и взрослого, показывать на себя, педагога, свое и чужое отражение в зеркале. Это начало формирования указательного жеста. Затем мы сможем использовать данный навык при работе за столом, когда будем просить ребенка показать себя, маму, папу на фотографии или какой-либо предмет или картинку.

Одной из первоначальных задач дефектологической работы является **формирование** у ребенка **первичных представлений о схеме тела**. У ребенка необходимо сформировать представление о взаиморасположении частей тела, умение их называть и показывать, соотносить собственные движения с движениями другого человека. Это является основой подражания, на котором, в свою очередь, базируется любой процесс обучения. С этой целью, работая перед зеркалом, мы продолжаем использовать всевозможные игры с частями лица и тела, что позволяет ребенку соотнести получаемые тактильные ощущения с тем, что он видит в зеркале. Например, мы играем в описанную выше игру «Шла большая черепаха». Когда мы прикасаемся, например, к носу ребенка, он видит в зеркале себя и взрослого, прикасающегося к нему, слышит слово «нос» и видит артикуляцию взрослого при произнесении этого слова. При этом происходит соединение тактильного ощущения, зрительного образа и слова, обозначающего часть тела. Постепенно это позволяет усвоить отдельные понятия: «ухо», «рот», «нос» и т.д. Мы наклеиваем на лицо и кисти рук ребенка кусочки бумажного скотча, имитируя жужжание мух, комаров или движение падающих снежинок, затем побуждаем ребенка снять их. Также мы прицепляем бельевые прищепки к одежде ребенка, имитируем лай собачки, провоцируя ребенка снять их с одежды. Можно также использовать закрашивание рук и ног ребенка краской и отпечатывание следов от них на бумаге, обрисовывание ступней, ладоней на зеркале и обоях с дальнейшим закрашиванием контура. Для стимуляции изучения ребенком собственных рук и ног хорошо подходят следующие тактильно-ритмические игры:

#### «Лунь плывет»

Взрослый сажает ребенка перед собой и берет его руки в свои. Вытягивает ручки ребенка вперед, медленно разводит их в стороны и говорит: «Лунь плывет, лунь плывет».

Затем взрослый машет кистями рук ребенка и произносит: «Галки летят, галки летят».

Во время игры «Лунь плывет» ребенку сначала дается возможность пережить напряжение в мышцах рук и плечевого пояса. Затем ощущения смещаются в кисти рук. Со сменой движения меняется и ритм прибаутки.

– Взрослый берет правую ручку ребенка в свою, дотрагивается до головы ребенка и произносит: «Поляна», до носа – «Бугор», до рта – «Яма». Затем взрослый постукивает ручкой ребенка по его груди и произносит: «Здесь грудь», до живота – «Здесь живот»; затем опять дотрагивается до груди: «А здесь сердце живет». Таким образом, ладонь ребенка фиксируется в разных точках его тела: на лбу, носу, груди и т.п., что позволяет ребенку сосредоточить на них свое внимание. Сначала движения ребенка произвольны (взрослый берет руку ребенка в свою). Затем действия ребенка становятся произвольными (взрослый показывает «на себе» – ребенок подражает).

– Взрослый сажает ребенка перед собой. Пробегая большими и указательными пальцами вдоль ручек ребенка от плеча до кистей, затем – вдоль ножек ребенка от бедер до пяток, взрослый приговаривает: «Побегушки бегут, бегут, бегут». Затем взрослый плавно проводит своей ладонью вдоль ручек и ножек ребенка, приговаривая: «Поползушки ползут, поползушки ползут».

С помощью этой пестушки ребенок получает меняющиеся ощущения на руках и ногах. Мы пытаемся добиться от ребенка зрительного «слежения» за нашими действиями.

Подобные игры являются подготовительной работой по изучению собственного тела, формированию схемы тела.

Только после подобной работы имеет смысл переходить к собиранию соответствующих пазлов и макетов лиц и фигур за столом или на вертикальной плоскости.

Другой важной задачей подготовительного этапа дефектологических занятий является **стимуляция речевой активности**, т.е. вызывание отдельных вокализаций, лепета, слов и в ряде случаев фраз, соответствующих ситуации. Когда мы говорим непосредственно об активизации речи у ребенка, можно использовать игры, в которых

есть кульминация. Они позволяют активизировать произвольную речь. Эти игры позволяют связать эхолалии с кульминационным моментом в игре и вызвать восклицание в нужный момент времени.

Например, мы читаем стихотворение:

*Федя-бредя*

*Съел медведя,*

*Упал в яму,*

*Крикнул: «Мама!»*

и, удерживая паузу на последнем моменте, добиваемся от ребенка произнесения слова «мама» или вокализации и т.п.

С помощью тактильно-ритмических игр мы наладили эмоциональный контакт с ребенком, настроили его на активную деятельность. Стимулируя в том числе и речевую активность ребенка, мы поработали над представлением ребенка о себе, о своем теле, создав, таким образом, базу для занятий за столом, требующих более высокого уровня организованности и произвольности.

Теперь мы можем переходить непосредственно к работе за столом. Мы работаем параллельно над развитием как импрессивной, так и экспрессивной речи.

Накопленный детьми опыт известных ритмических игр мы переносим, например, в такой метод работы, как глобальное чтение. Так, например, прочитывая слова «мама», «папа», подкладывая подпись к фотографии (и наоборот), играем в описанную выше игру «А где наш папа?», заодно формируя указательный жест. Ребенок показывает на фотографию папы, лежащую на столе, усиленно озвучивая: «Здесь, здесь, здесь», «Там, там, там». Эта же игра может применяться при играх в лото и заучивании абсолютно любых слов; можно петь, например: «А где наш ежик, зайчик» и т.д.

Наш опыт показал, что начинать работу «за столом» продуктивно на вертикальной плоскости, используя магнитную доску, и предъявлять дидактический материал так, чтобы ребенку не приходилось переводить взгляд из одной плоскости в другую.

2) Помимо установления эмоционального контакта и настраивания ребенка на активную деятельность, одной из важных задач подготовительного этапа дефектологической работы является **формирование** у ребенка так называемого **стереотипа занятия**. Как

мы уже писали выше, дети, с которыми мы работаем, не обладают достаточным уровнем произвольности, они с трудом выстраивают собственную программу действий и опираются при этом на внешнее окружение. Для развития их произвольной деятельности необходимы внешние опоры. Такого рода опорами являются постоянство внешнего окружения и сам педагог, который ставит цель, помогает удерживать программу действий и оценивает результат. В связи с этим мы должны проводить занятия, выстраивая вокруг ребенка среду, которая обладает постоянством и повторяющимися из раза в раз элементами. Этому способствует соблюдение следующих правил:

**а) Занятия проводит один и тот же специалист** в течение продолжительного времени (одного или даже нескольких лет). При этом желательно, чтобы он был единственным специалистом, занимающимся с ребенком в этом направлении, либо чтобы работа происходила в согласовании со специалистами других организаций. Дело в том, что, занимаясь, ребенок выстраивает со взрослым определенные отношения, что само по себе – важная социальная задача для его развития. Каждый из специалистов предъявляет к ребенку свои требования, выстраивает свою программу работы. У каждого педагога свой стиль общения с ребенком, характер, темп, голос и т.д. В случае необходимости взаимодействия с несколькими специалистами ребенку приходится адаптироваться к ситуации общения с каждым из них. Эта задача трудна для любого дошкольника, а тем более для ребенка, чьи коммуникативные навыки находятся в стадии формирования.

**б) Занятия необходимо проводить в одном и том же помещении**, где специально подготавливается рабочее место для ребенка и педагога (определенным образом ставится стул, стол, располагаются демонстрационные материалы, расставляются пособия и т.п.). В знакомом помещении легче ориентироваться, найти нужную вещь. Например, зайдя в знакомый магазин, мы с легкостью находим необходимый нам товар, тогда как в незнакомом нам требуется прочитать вывеску или спросить, где находится нужный нам отдел.

**в) Необходимо оформить начало и конец занятия привычным для ребенка образом.** Они должны сопровождаться традиционными действиями: звонком, зажиганием свечки и т.д. Мы чувствуем себя гораздо увереннее в ситуации, когда знаем, что и как будет происходить.

**г) Каждый этап занятия может обозначаться предметом-символом или картинкой.** Таким образом, ребенок может выбрать

желаемое занятие из предложенных, показав карточку или предмет. Это является наглядной опорой для формирования внутреннего плана деятельности. Четко организованная структура занятия, визуализация последовательности действий помогает ребенку удерживать цель, планировать и контролировать свои действия. Таким образом, формирование стереотипа занятия способствует постепенному развитию основ произвольной деятельности.

**3) Подбор материала** осуществляется с учетом уровня ведущей деятельности и ведущего интереса ребенка. Так, например, если ребенок находится на уровне сенсорных интересов, мы начинаем с сенсорных игр и переходим постепенно к предметной деятельности. Если у ребенка сформирована предметная игра, то, опираясь на нее, выстраиваем деятельность, переходя к простейшим сюжетам и т.д. Тематически материал подбирается также с учетом того, что интересует ребенка в это время (машинки, цифры, любимая еда).

**4) Ребенка необходимо поощрять, хвалить.** Этот общедидактический принцип распространяется и на работу дефектолога с детьми, имеющими выраженные нарушения познавательной сферы.

Итак, мы описали ряд принципов, которые необходимо учитывать при переходе от свободной игры к обучению. Мы работаем с детьми, чей уровень развития произвольной деятельности недостаточен для участия в процессе обучения. Их речевое развитие характеризуется сложной структурой дефекта, оказывающего влияние на психическое развитие в целом. Это затрудняет формирование навыков коммуникации, а процесс налаживания эмоционального контакта с таким ребенком занимает довольно продолжительный отрезок времени. Поэтому переход от игры к обучению осуществляется нами постепенно.

С одной стороны, индивидуальным занятиям с дефектологом предшествуют индивидуальные игровые занятия, которые позволяют наладить с ребенком эмоциональный контакт и определить задачи для дальнейших занятий. Перед началом занятий с дефектологом ребенок также посещает групповые занятия, имеющие более четкую организационную структуру, чем свободная игра. Они требуют от ребенка подчинения правилам и способствуют выработке навыков взаимодействия с партнером.

С другой стороны, занятия с дефектологом сами имеют подготовительный этап, во время которого мы устанавливаем с ребенком

эмоциональный контакт, формируем у него навыки взаимодействия и стимулируем собственную активность ребенка, побуждая его к деятельности. Также мы вырабатываем определенный стереотип занятия, являющийся опорой для формирования произвольной деятельности ребенка, начинаем решать задачи формирования представлений ребенка о себе и своем теле, стимулируя при этом его речевую активность.

Таким образом, благодаря подготовительной работе в соответствии с описанными выше принципами, обеспечивающими постепенность перехода от игры к обучению, ребенок лучше адаптируется к ситуации занятий за столом, и мы можем приступить к решению задач развития познавательной сферы и речи и формирования базовых школьных навыков, т.е. заняться непосредственно обучением.

## Литература

1. Детские народные подвижные игры: Кн. для воспитателей дет. сада и родителей / Сост. А.В. Кинеман, Т.И. Осокина – М.: Просвещение; Владос, 1995.
2. Зыкова М.Н. Фольклоротерапия: Учебное пособие. – М.: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2004.
3. Морозов И.А., Кызласова И.С. Мир традиционной народной игры. – М., 1994.
4. Мудрость народная. Жизнь человека в русском фольклоре. Вып. 1. Младенчество, Детство / Сост., подгот. текстов, вступ. статья и коммент. В. Аникина. – М.: Худож. лит., 1991.
5. Назарова Л.Д. Фольклорная арттерапия. – СПб.: Речь, 2002.
6. Покровский Е.А. Детские игры: Преимущественно русские. – М.: ТЕРРА, «Книжная лавка – РТР», 1997.
7. Русские народные сказки / Сост., вступ.ст. и прим. В.П. Аникина. – М.: Правда, 1985.
8. Русский народ. Его обычаи, обряды, предания, суеверия и поэзия. / Собр. М. Забылиным. – М.: «АВТОР», 1992.
9. Этнография детства. Сборник фольклорных и этнографических материалов. / Запись, составление, нотации и фотографии Г.М. Науменко. – М.: 1998.

# Социальная абилитация детей с умеренной умственной отсталостью и сложными нарушениями через формирование речевой деятельности и освоение языка на уроках обучения грамоте

Т.М. Головкина

Ребенок с умеренной умственной отсталостью часто испытывает хроническую депривацию вследствие грубых нарушений интеллектуальной деятельности, речевых и сенсомоторных проблем, которая усугубляет его интеллектуальные, речевые и эмоциональные нарушения и затрудняет формирование социальных навыков.

Один из способов включения такого ребенка в социокультурную среду – это обучение, в котором используются различные виды деятельности и которое имеет коммуникативную направленность. Освоение языка, формирование речевой деятельности способствуют развитию не только когнитивной сферы человека, но и его личности.

Курс обучения грамоте является основой работы по овладению речью и языком детьми с умеренной умственной отсталостью и сложными нарушениями развития. При построении курса учитываются, с одной стороны, онтогенетические особенности психического развития детей, в том числе и особенности овладения речью и языком, с другой стороны – сложная структура речевой деятельности, особенно чтения и письма.

Работа по овладению различными видами речи происходит в процессе предметной, игровой, изобразительной деятельности, а также в процессе освоения собственно грамоты, т. е. чтения и письма.

Прежде чем приступить к обучению грамоте детей, поступивших в группу «Особый ребенок», необходимо научить их взаимодействовать со взрослыми в ситуациях группового обучения, выполнять школьные ритуалы, задания по показу и простым словесным инструкциям. Для этого удобно использовать игры и игровые приемы, осно-

ванные на подражании движениям, сопровождающиеся эмоционально окрашенной речью. Важно, чтобы движения и их чередование не были слишком сложными, не требовали значительной выносливости, внимательности.

При обучении детей выполнению заданий по образцу и вербальным инструкциям взрослого – сначала в предметно–практической и игровой деятельности – используются игры с простейшими правилами, чаще всего хороводы.

В пропедевтический период большое внимание уделяется обучению детей слушанию, например, сказок, которые могут быть либо рассказаны, либо прочитаны учителем. Для этого используются короткие ритмические тексты, сказки с повторами. В книжках должно быть мало текста, при этом интересного по содержанию, много картинок – четких, красочных и точно соответствующих содержанию текста.

Одновременно происходит обучение говорению. Начинается эта работа со звукоподражания. При чтении сказок дети помогают озвучивать животных, затем хором повторяют присказки, потом договаривают фразы за учителем, наконец пересказывают по цепочке, по ролям, с опорой на серии сюжетных картинок, поют песенки. Облегчает обучение говорению использование драматизаций услышанных сказок с применением игрушек, замещающих героев, их силуэтных изображений, кукол-петрушек, а затем и масок действующих лиц.

В контексте работы со сказками уточняется словарь, отрабатываются практические навыки использования определенных грамматических конструкций.

Пропедевтический период длится 2 месяца и более, в зависимости от состава группы.

Задачи, которые решаются на этом этапе, остаются актуальными и в период обучения грамоте: работа по развитию пространственного восприятия, мелкой моторики, слухового внимания, памяти сопряжена с усвоением букв и формированием процессов чтения и письма.

На усвоение каждой буквы отводится достаточно большое количество времени. Сначала дети знакомятся со звуком, который обозначает данная буква. Обычно знакомство со звуком начинается с рассматривания предметного изображения и подражания тому звуку, который может издавать данный предмет.



Каждый звук сопровождается определенными жестами. Используются элементы фоноритмики. Дети имеют возможность через тело ощутить тот или иной речевой звук и запомнить его уклад.

Большое внимание уделяется развитию речевой (артикуляционной) моторики. Учитель совместно с логопедом стремится достичь правильного произношения звуков. Эта проблема актуальна для всех детей группы «Особый ребенок», даже для тех, у кого явных нарушений произношения не обнаружено. Известно, что без кинестетического компонента артикуляции звуков трудно достичь развития полноценных фонематических представлений, что важно при соотношении звука и буквы и дифференциации оппозиционных фонем при становлении навыков чтения и письма. Много внимания приходится уделять правильному звукопроизношению детей, у которых отмечаются тяжелые нарушения речи (алалия, ринолалия, дизартрия). У таких учащихся часто нарушена даже вокализация гласных. Поэтому каждый звук нуждается в длительной отработке.

Учащиеся группы «Особый ребенок» с трудом усваивают зрительный образ букв, смешивают сходные по оптико-пространственным признакам буквы: П–Л, У–Х, К–Ж, М–И, Б–Ы, Б–Р, Н–П и т.п. Большое значение при усвоении образа буквы имеет опора не только на зрительное восприятие, которое несовершенно у таких детей, но и на тактильные ощущения и ощущения от движения.

Для лучшего усвоения буквы учащиеся обводят ее по трафарету, шаблону, раскрашивают, штрихуют, вырезают по контурным линиям. Дети учатся конструировать букву из палочек, полосок, буквенного конструктора, тесьмы, лепить из пластилина, печатать на нелинованой бумаге, обводить по точкам на бумаге в клетку и т.п.

Большинство детей затрудняются не столько в узнавании буквы, сколько в ее изображении. У некоторых из них затруднено планирование процесса воспроизведения буквы. В этом случае используется словесное описание изображения буквы, например: буква Г – палочка сверху вниз, козырек вправо; Р – палочка сверху вниз, полукруг сверху; Б – палочка сверху вниз, полукруг внизу, козырек вверх. Для облегчения процесса печатания и запоминания особенностей начертания печатных букв используются стихотворения, которые иллюстрируются цветной картинкой. Условием прочного усвоения материала является его многократное и вариативное повторение.

Последовательность изучения букв обусловлена их частотностью в речи, степенью сложности для конструирования и печатания,

сходством по оптико-пространственным признакам, степенью сложности фонематических дифференцировок; фонетическими особенностями звуков, облегчающими процесс слогослияния.

После усвоения гласных И, А, У дети учатся читать буквосочетания: АУ, УА, ИА, ОУ. Обучение слогослиянию начинается после изучения первой согласной буквы. Сначала дети повторяют слоги по следам звукового анализа, пропевают слоги, протягивая каждый звук. Поэтому первые согласные буквы, с которыми знакомятся дети, обозначают сонорные и фрикативные звуки. Сначала дети учатся читать обратные, затем прямые слоги.

Чтение слогов формируется не сразу. Ребенку важно, чтобы в прочитанном был смысл, например: «му» – мычит корова, «ха» – засмеялся человек, «хи» – хихикнула девочка, «хо» – удивился прохожий и т.п. Для поддержания интереса к чтению слогов можно использовать чтение чистоговорок с договариванием слова, фразы.

В случаях стойкого затруднения учащихся в слогослияниях можно использовать полуглобальный метод обучения чтению, предложенный А.П. Корневым. При этом появляются условия для запоминания слогов целиком, минуя процедуру слияния.

После чтения обратных и прямых слогов дети постепенно учатся читать односложные слова из закрытого слога, т.е. структуры согласный – гласный – согласный (СГС), затем двусложные слова (СГСГ), односложные слова со стечениями согласных, двусложные структуры СГСГС, СГССГ, затем со стечениями согласных и более сложной структуры. Наибольшие затруднения вызывает чтение слов со стечением согласных. Для тренировки в чтении таких слов можно использовать чтение с подготовкой, например: то – сто – стол – столб, ст – сто – стол – столб.

На начальных этапах дети соотносят каждое прочитанное слово с изображением: существительное – с предметной картинкой, глагол – с сюжетной картинкой или составляют с ним предложение. Так уточняется и расширяется словарь учащихся, что не менее важно, чем обучение приемам чтения. В ходе обучения чтению постоянно ведется работа по изучению смысла слов, фраз, рассказов введением слова в контекст связного высказывания.

Для закрепления узнавания слов практикуется чтение по слоговым таблицам, по карточкам, с использованием лент слогов, слов, предложений, прохождение «дорожек слов», прочитывание слов и нахождение соответствующих картинок, нахождение и чтение слов

к данным картинкам, изготовление книжек-самоделок, ведение тетрадей для печатанья, где представлены схематические рисунки слов и предложений.

Важно научить детей прочитывать окончания слов, что необходимо при чтении предложений, текстов. Для этого проводятся упражнения на чтение и соотнесение с предметными картинками имен существительных в единственном и множественном числе, слов с уменьшительно-ласкательными суффиксами и без них, словосочетаний с предлогами.

Помимо тренировочных упражнений в чтении слогов, слов, предложений, коротких текстов дети заучивают стихотворения, в которых часто встречается изучаемая буква. Для облегчения процесса запоминания им предлагаются сюжетные картинки, серии сюжетных картинок, предметные изображения. Некоторые стихотворения заучиваются с одновременным выполнением ритмических движений. Тексты стихотворений многократно повторяются из урока в урок для прочного усвоения.

Дети учатся пересказывать прочитанные (услышанные) тексты. Эти задания основываются на моделировании текстов – ребенок учится пересказу по опорам в виде серии сюжетных картин, последовательности предметных картинок, условных рисуночных схем. Как и при заучивании стихотворений, большое значение придается многократному прослушиванию и воспроизведению текстов с опорой на образные представления учащихся.

На уроках обучения грамоте часто используются психогимнастические упражнения (пластические этюды, отражающие эмоциональные переживания героев, без собственной речи и сопровождающиеся речью), драматизации, пересказ по ролям и т.п. Дети учатся выражать эмоциональное состояние героев через жесты, мимику, пластику, что также способствует улучшению психической деятельности учащихся с умеренной умственной отсталостью. Из этих упражнений вырос мини-театр группы «Особый ребёнок». Возвращение к содержанию прочитанного, услышанного, заученного полезно и для овладения смыслами слов и высказываний, формирования ценностных ориентиров и обогащения чувственного опыта учащихся.

Обучение грамоте детей с умеренной умственной отсталостью – процесс длительный, многоступенчатый. Темпы овладения грамотой весьма индивидуальны. К концу прохождения букваря ребенок, по нашему мнению, должен плавно начать читать по слогам хотя бы

слова несложной слоговой структуры и предложения из этих слов. Но главное достижение этапа обучения грамоте – это значительное улучшение понимания обращённой речи, повышение собственной речевой активности, способность выразить свои желания, мысли, понять переживания и оценить поступки, эмоциональные состояния других людей, героев рассказов и сказок, возникновение интереса к книге, театральной деятельности.

Чтение и письмо различаются по своей психологической сути, несмотря на сходство некоторых механизмов, входящих в их структуру. В первую очередь они различаются по цели: чтение служит для получения информации, а с помощью письма происходит передача информации при коммуникации. Чтение носит преимущественно синтетический характер, а письмо – аналитический. Письмо – это кодирование звучащего языка, а чтение – декодирование.

Чтение и письмо, являясь формами письменной речи, имеют значительные отличия от устной речи, хотя и базируются на ней. Письмо как вид деятельности включает три основные операции: символическое обозначение звуков речи (фонем), моделирование звуковой структуры слова с помощью графических символов, графомоторные операции.

К сожалению, усвоение письменного шрифта у детей с умеренной умственной отсталостью происходит с большим трудом. В период обучения грамоте большинство детей лишь усваивают печатные буквы, учатся печатать слоги, слова, предложения, овладевают начальным звукобуквенным и лексико-грамматическим анализом. Сопровождение картинок подписями слов, предложений опережает процесс чтения. Проводится пропедевтика обучения русскому языку: дети знакомятся с предлогами (*у, по, без, за, в, под, над, на, с, перед, к, до, из, для, от, по*), практически овладевают словообразовательными моделями, формами лица, числа, рода, времени и прочее.

Каждая буква требует достаточно большого количества тренировок. Особые трудности в начале обучения вызывает изображение наклонных и перекрестных линий при печатании букв У, Х, М. Дети затрудняются в письме овалов, кругов, полуовалов. Меньше затруднений вызывает работа на нелинованой бумаге. Для облегчения процесса звукобуквенного, лексико-грамматического анализа и самого процесса письма на нелинованой бумаге под рисунками помещаются полоски, разбитые на клеточки для букв, в которые дети записывают слова, предложения. Письмо слов и предложений длительное

время происходит при побуквенном проговаривании совместно с учителем. С ранних этапов, ещё не умея самостоятельно организовать свою деятельность при письме (списывании), дети приучаются составлять фразы, короткие высказывания и с помощью учителя записывать их и зарисовывать (по возможности) содержание составленных высказываний.

Большое внимание уделено формированию изобразительно-графических навыков. Дети рисуют простейшие предметы, подписывают их названия, создают коллективные рисунки к сюжету рассказа, сказки. Введены упражнения по обводке шаблонов, трафаретов, раскрашиванию готовых форм, рисунков. Эта работа продолжается весь период обучения грамоте.

Проводятся подготовительные занятия к обучению письменно-му шрифту: упражнения по ориентировке на разлинованном листе, письмо элементов букв, рисование из них узоров и т.п.

Подготовка к письму занимает у детей группы «Особый ребенок» много времени из-за несформированности мелкой моторики рук, зрительно-моторной координации, пространственного гнозиса, слабости нейродинамических процессов, трудностей в произвольной организации деятельности.

Поэтому в систему работы, помимо узконаправленных тренировочных упражнений по подготовке к письму, включены ритмические упражнения, движения под музыку, передача информации с использованием различных анализаторов (тактильного, зрительного, слухового), использование эмоционально окрашенных текстов и речи для поддержания непосредственного интереса к изучаемому предмету.

Очень важно в период обучения письму сохранить интерес детей к передаче информации, желание сообщать кому-либо что-либо. С этой целью в группах «Особый ребёнок» практикуются коллективные сочинения на темы из непосредственного опыта детей, например: «Как мы провели выходной день», «Весенние каникулы», «Новогодние праздники», «Готовимся к дню рождения Оли» и т.п. Как правило, каждый ребёнок предлагает короткое высказывание, отражающее его собственные впечатления по конкретному поводу. Учитель помогает облечь мысль в речевую форму, записывает вместе с детьми составленную фразу или обозначает содержание фразы с помощью пиктограмм. После составления коллективного сочинения высказывания детей продолжают жить: мы их иллюстрируем или

публикуем в школьной газете вместе с нарисованными картинками, фотографиями.

Такая работа помогает пробудить в детях творческое начало, познавательную и деятельную активность, включить в сложную учебную работу личностные переживания, делая учебный труд более сознательным, интересным и развивающим у детей собственные смысловые образования. Тем самым уроки обучения грамоте выполняют свою главную задачу – развитие личности ребенка с нарушениями развития.

# Место музыкальной терапии в системе помощи ребенку с нарушениями развития

А.А. Цыганок, Битова А.Л., И.С. Константинова

## Цели и задачи музыкальной терапии

Особое место в программе работы с дошкольниками занимает музыкальная терапия. Занятия музыкой с особыми детьми – это настолько эмоциональный вид работы, что в него легко и с удовольствием включаются очень многие дети; в такой форме они готовы выполнять даже те действия, на которые не способны на других занятиях.

Музыкальные занятия проводятся в Центре лечебной педагогики уже 17 лет. С самого начала такой работы специалисты ставили перед собой коррекционно-развивающие задачи и организовывали занятие таким образом, чтобы максимально способствовать развитию каждого ребенка, посещающего группу. Но вместе с тем за этот период в нашей работе произошли и изменения, связанные как с накоплением и переосмыслением нашего опыта, так и с изменением контингента детей, которые получают помощь в Центре, – среди наших воспитанников все больше детей с тяжелыми нарушениями развития. Если раньше мы при помощи игр с правилами и довольно сложных упражнений искали способы улучшения речи ребенка, освоения им разных танцевальных движений [Попова О.Ю., Хатуцкая С.А.; Хатуцкая С.А.; Битова А.Л., Липес Ю.В.], то на сегодняшний день основной задачей является стимуляция элементарной активности у ребенка, который не смотрит в глаза взрослому и не интересуется игрушками. Развитие речи на музыкальных занятиях теперь все чаще предполагает не совершенствование произношения, удлинение речевого выдоха или формирование развернутой фразы, а стимуляцию вокализаций, простейших звукоподражаний. Развитие двигательной сферы – не разучивание танцев, а поиск способов побудить ребенка протянуть руку за игрушкой или научиться стучать палочкой по деревянной коробочке.

В работе с детьми, имеющими тяжелые нарушения развития, особенно важно то, что музыкальное занятие позволяет создать среду, в которой и дети, и специалисты, и, зачастую, родители могут свободно и с удовольствием петь, играть на музыкальных инструментах, танцевать, общаться. Формы совместного музицирования подбираются с учетом возможностей и потребностей каждого члена группы, благодаря чему ребенок даже с очень тяжелыми нарушениями развития может активно участвовать не только в индивидуальном, но и в общем занятии, невзирая на ограничения, иногда весьма существенные. Такая организация занятия позволяет всем членам группы почувствовать свои возможности, выразить себя при помощи музыкальных средств. Это очень важно как для детей, так и для их родителей, которые в процессе общей музыкальной деятельности видят, на что способны их дети, и получают дополнительную возможность взаимодействия с ними посредством музыки.

Работая с ребенком с нарушениями развития, мы обычно не ставим собственно музыкальных задач, таких как обучение игре на музыкальном инструменте или освоение сложных песен. Но если ребенок демонстрирует склонность к тому, чтобы учиться музыке, индивидуально для него может быть поставлена и такая задача. В общем же случае мы используем музыкальную деятельность как способ развития базовых психических функций, необходимых для общего развития и адаптации.

Музыкальная терапия, разработанная в Центре лечебной педагогики, отличается от музыкальных занятий, которые проводятся в детских садах. Одна из главных ее особенностей, на наш взгляд, состоит в том, что мы ставим перед собой другие цели. Если музыкальные руководители детских садов стремятся учить детей выполнять довольно сложные движения (например, пружинить на ногах, бегать быстро с высоким подъемом ног), отмечать в своих движениях метрическую пульсацию и ритмический рисунок [Бекина С.И., Ломова Т.П., Соковнина Е.Н.], то в работе с особыми детьми задачи иные. Так, многие дети с тяжелыми нарушениями развития демонстрируют настолько выраженные проблемы, что даже программа младшей группы детского сада оказывается для них неприемлемой. Но и тогда, когда дети могут освоить упражнения, которые выполняются в детских садах, работающие с ними специалисты не просто учат их тому, чем, согласно программе, должны овладеть дети определенного возраста, а используют эти упражнения как средство решения спе-



циальных коррекционно-развивающих задач. И даже в том случае, если ребенок не смог в полной мере научиться выполнять движения танца и петь песню, которую поет его группа, в его состоянии происходят положительные изменения.

Как показывает многолетний опыт работы с детьми, лучше всего ребенок осваивает те действия, которые он совершает сам. Поэтому на разных занятиях мы отдаем предпочтение активным формам работы, давая ребенку возможность самому сделать или потрогать то, что обычным детям бывает достаточно только объяснить или показать. Так, например, активные занятия лечебной физкультурой в игровой форме дают лучший результат, чем массаж. При изучении алфавита наши дети ощупывают буквы из разного материала, лепят их из глины, показывают соответствующие звуки жестами и т.д. В связи с этим важное отличие музыкальных занятий, проводимых в Центре, состоит в том, что наши специалисты отдают предпочтение играм и упражнениям, требующим от детей активности: мы значительно реже, чем музыкальные руководители детских садов, предлагаем детям слушать музыку или рассказы о музыкальных инструментах и композиторах (хотя подобная форма работы тоже возможна). Большую часть времени мы стимулируем у детей их собственную двигательную и речевую активность, пение, провоцируем их вступать во взаимодействие друг с другом и с педагогами.

Музыкальная терапия позволяет решать различные **задачи**:

1) развитие эмоциональной сферы и взаимодействия с окружающими:

– привлечение внимания к другим людям, формирование интереса к взрослым и сверстникам;

– установление контакта с взрослым;

– развитие взаимодействия ребенка со взрослыми и детьми;

– преодоление тревожности;

– дифференциация эмоций;

– эмоциональное включение ребенка в музыкальную деятельность;

– развитие подражания действиям окружающих;

2) развитие произвольной деятельности:

– нормализация общей активности;

– включение в предлагаемую деятельность, подготовка к выполнению заданий, инструкций;

- соотнесение своих действий с ситуацией и действиями окружающих;
- развитие умения вовремя начинать и прекращать действие;
- 3) развитие двигательной сферы:
  - освоение разных движений (танец, передвижение по комнате и др.);
  - развитие моторики рук;
  - формирование взаимодействия рук;
  - развитие общей координации;
  - развитие чувства ритма, ритмичности собственных движений;
  - формирование связи между музыкой и движением;
- 4) развитие познавательной сферы:
  - развитие слухового восприятия, внимания и памяти;
  - обучение различению на слух музыкальных и немusикальных звуков;
  - формирование связи между звуком и его источником;
  - развитие музыкального слуха, развитие умения узнавать знакомые мелодии;
- 5) развитие речи:
  - стимуляция элементарных вокализаций, звукоподражаний;
  - развитие умения подпевать, петь самостоятельно;
  - развитие понимания песен, обращенной к ребенку речи.

К сожалению, в настоящее время литературы, посвященной музыкальным занятиям с детьми, имеющими тяжелые и множественные нарушения развития, недостаточно. Это связано, в частности, с тем, что помощь таким детям оказывается в нашей стране сравнительно недавно. Существуют методические пособия, описывающие музыкальные занятия с детьми в специальных школах и детских садах (программы, разработанные при участии дефектологов и психологов, призванные учесть в работе особенности и потребности детей с нарушениями слуха, зрения, интеллекта). Но многие категории детей оказались неохваченными классической дефектологией – среди них дети с множественными нарушениями развития. В настоящее время, благодаря развитию специальной педагогики и психологии, создаются методические пособия, посвященные работе с этой группой детей, но их немного и они не охватывают весь спектр возможных сочетаний и степеней проявления нарушений.

## Музыкальные занятия – музыкальная терапия

Музыкальные занятия в Центре лечебной педагогики проводит музыкальный терапевт (далее – терапевт) – специалист, владеющий знаниями в области специальной психологии и педагогики и имеющий музыкальное образование. Им может быть психолог, дефектолог или профессиональный музыкант, прошедший в Центре подготовку для работы с особыми детьми.

Музыкальная терапия играет важную роль в развитии эмоциональной сферы ребенка. В ее процессе часто легче, чем на других занятиях, происходит установление контакта ребенка с педагогом. Это происходит, с одной стороны, благодаря насыщенности музыкальной деятельности положительными эмоциями: терапевт, играющий произведения, которые нравятся ему самому, получает удовольствие, которое передается ребенку и всем участникам занятия. С другой стороны, на музыкальном занятии у терапевта есть возможность организовать деятельность так, что у ребенка не возникает ощущения, что он выполняет специальные задания – он делает то, что доставляет ему радость (свободно двигается под музыку, поет или просто кричит, стучит в барабан и др.) и при этом получает одобрение со стороны взрослых, потому что он делает именно то, что нужно.

После того как ребенок эмоционально включился в процесс занятия, ему становится легче выполнять действия, которые предлагает ему терапевт, подчиняться правилам занятия: не просто стучать в барабан, а только при звуках музыки, петь ту песню, которую поют все, и т.д. Таким образом, эмоциональная включенность ребенка помогает терапевту организовать с ним совместную деятельность. При этом развивается и активность самого ребенка. Вначале терапевт принимает все его действия, но впоследствии ребенок научается действовать произвольно, выполняя то, что просит терапевт, и отказываясь от немедленного осуществления своих собственных желаний. Поскольку музыкальный зал становится для ребенка любимым местом, где он привыкает получать удовольствие, для того, чтобы эта связь не исчезла, ему необходимо давать возможность играть в любимые игры даже при том условии, что они не входят в программу занятий, составленную терапевтом для ребенка на этом этапе. Мы договариваемся с ребенком, предлагаем ему дождаться окончания упражнения и по его завершении предоставляем ему право поиграть на любимом инструменте или побегать, как он привык на

первых занятиях. Это способствует, с одной стороны, развитию произвольности, сознательной регуляции деятельности, а с другой – возникновению общения между ребенком и терапевтом.

У многих наших детей имеется богатый опыт посещения больниц, где делают уколы, болезненный массаж и т.д. В результате они боятся попадать в новые места, общаться с незнакомыми взрослыми: они не знают, чего ждать от взрослого, который может и обидеть, и заставить делать что-либо неприятное. Для того, чтобы у ребенка возникло доверие к терапевту, часто нужно длительное время, в течение которого взрослый постоянно демонстрирует свое положительное отношение к ребенку, принятие ребенка со всеми его особенностями, безопасность ситуации, в которую он попал. На музыкальном занятии одни и те же песни, танцы и игры повторяются каждый раз в одном и том же порядке, благодаря чему ребенок довольно быстро запоминает их последовательность и получает возможность прогнозировать дальнейший ход занятия, ждать следующей игры. Такая повторяемость песен и заданий помогает ребенку преодолеть тревожность, которая обычно мешает ему проявить активность и получить удовольствие от игр, а вследствие этого – позволяет принять участие в предлагаемой ему деятельности. Когда терапевт видит, что ребенок расслабился, перестал волноваться и со страхом ждать чего-то неприятного, он может постепенно вводить изменения в уже усвоенную структуру занятия: включать в него новые музыкальные игры, другую песню и т.д.

В ситуации взаимного доверия ребенок и терапевт могут начать общение, возникновение которого было бы невозможно на самых первых занятиях [Декер-Фойгт Г.-Г.]. Если ребенку трудно самому выразить свои мысли или желания, это общение может быть регламентировано музыкальным произведением: ребенок и терапевт по очереди ударяют в барабан, ребенок поет простые слова припева песни и т. д. При этом ребенку не нужно самому решать, что сделать или сказать (это очень трудно и аутичным детям, и детям с неврозом или страхами), – он только выполняет знакомые действия в нужный момент. Постепенно у ребенка появляется возможность выбора: что сказать или спеть, как постучать, кого выбрать партнером для танца. Так происходит развитие общения ребенка с терапевтом и другими людьми, присутствующими на занятии детьми и взрослыми.

Очень хороших результатов позволяют достичь музыкальные занятия с детьми, имеющими нарушения эмоциональной сферы.

Часто аутичные дети оказываются очень музыкальными, у таких детей нередко развит музыкальный слух и чувство ритма, они могут долгое время заворожено слушать красивую музыку и сами извлекают из музыкальных инструментов приятные звуки. Поэтому в программу занятий с детьми с аутизмом или неврозами музыка входит обязательно и нередко сразу в нескольких формах: ребенок посещает и групповые, и индивидуальные занятия. В этом случае музыкальные занятия в первую очередь направлены на решение терапевтических задач, позволяя ребенку расслабиться, погрузиться в приятные ощущения, на фоне которых становится возможным эмоциональное общение с музыкальным терапевтом и проявление собственной активности [Алвин Дж., Уорик Э.].

Таким образом, музыкальные занятия, воздействуя на эмоциональную сферу ребенка с нарушениями развития, позволяют решать терапевтические задачи, благодаря чему ребенок оказывается готов к другим, более сложным для него занятиям.

### **Решение коррекционно-развивающих задач на музыкальных занятиях**

Для решения вышеперечисленных коррекционных задач терапевт использует разные музыкальные инструменты во время занятий: он играет на фортепиано, гитаре, флейте. В течение всего занятия терапевт поет. Различные несложные в обращении музыкальные инструменты (маракасы, бубенчики, бубен, барабан, ложки, дудочки и др.) предлагаются и ребенку. Во время выполнения разных заданий и игр ребенок слышит разнообразные звуки и видит, какие инструменты их издают. Постепенно он начинает различать знакомые инструменты по тембру, у него появляются любимые инструменты. Для многих детей становится возможным угадывать инструмент, на котором играет терапевт, на слух. Познакомившись со звучанием разных музыкальных инструментов, дети начинают легче определять по слуху, где находится терапевт. Сначала для многих детей представляет трудность просто повернуть голову в сторону пианино, которое всегда стоит на одном месте: они не соотносят его звучание с инструментом, не пытаются сами нажать на клавишу; случайно заметив, откуда доносится звук, они могут долго с интересом смотреть на играющего на пианино терапевта, но потом, отвлекшись и поте-

ряв из виду инструмент, снова не могут его найти. Постепенно они научаются ориентироваться в музыкальном зале, запоминают не только местонахождение фортепиано, но также и расположение других инструментов на полках – тогда они довольно быстро находят терапевта, играющего на флейте в каком-нибудь неожиданном месте, например около окна. Таким образом, при помощи музыкальных средств ребенок учится различать неречевые звуки, локализовать звук в пространстве, определять источник звука, соотносить инструмент и его звучание. Для многих детей актуальными являются и такие задачи, как развитие мелодического слуха, различение темпа, громкости звучания. Развитие неречевого слуха часто является одной из первых задач, которые ставит перед собой логопед, начинающий работать с ребенком.

Музыка помогает развитию чувства ритма, ритмичности движений, речи. На отличия музыкального ритма от любого другого (трудового, стихотворного и др.) указывал Б.М. Теплов. По его мнению, ритм музыкального произведения оказывает влияние как на эмоциональную сферу слушателя, так и на своеобразную двигательную активность, которой сопровождается восприятие музыки. Таким образом, способность уловить ритм звучащего произведения и начать свое движение, синхронизировав его с ритмом музыки, качественно отличается, например, от простого выполнения физкультурного упражнения под счет тренера: участие в такой деятельности и двигательной, и эмоциональной сферы делает ее для многих детей легче и интереснее. Так, на музыкальных занятиях у детей развивается музыкально-ритмическое чувство, что, в свою очередь, оказывает влияние на двигательную, эмоциональную и познавательную сферы.

Музыкальное воздействие стимулирует собственную активность ребенка. С одной стороны, заражаясь эмоциями, которые несет музыка, ребенок легче включается в общую деятельность, начинает петь или танцевать вместе со всеми или, если его состояние слишком тяжело для таких сложных видов деятельности, просто более внимательно наблюдает за окружающими его взрослыми и детьми. Так благодаря эмоциональному заряду терапевт вовлекает ребенка в свою деятельность. С другой стороны, сама музыка стимулирует возникновение у слушателя двигательных реакций: многим знакомо появившееся вдруг желание пойти потанцевать под ритмичную подвижную музыку, часто, не осознавая этого, мы начинаем покачивать ногой, постукивать пальцами по столу. Психофизиологические иссле-

дования выявили возникновение микродвижений мышц артикуляторного аппарата и всего тела под действием музыки [Благонадежина Л.В., Готсдинер А.Л., Теплов Б.М.]. Эти микродвижения представляют собой редуцированные крупные движения, которые совершают маленькие дети, – благодаря им оказывается возможным более осмысленное и дифференцированное восприятие музыкального произведения [Ильина Г.А.]. Таким образом, звучащая музыка побуждает слушателя двигаться, что особенно важно в работе с ребенком, испытывающим выраженные нарушения моторного развития: обычно пассивный ребенок, которому трудно совершить произвольное движение, на музыкальном занятии оказывается более активным, совершает движения руками, ногами, головой (как будто танцует), пытается брать музыкальные инструменты и играть на них. Часто именно музыкальное занятие создает для ребенка такую ситуацию, в которой появляется возможность работать над развитием моторной сферы, – тогда на занятие приходит специалист по лечебной физкультуре и занимается с ребенком тем, что без музыки он сделать не может.

Игра на разных музыкальных инструментах, музыкальные игры и танцы способствуют развитию координации движений, общей и мелкой моторики, формированию у ребенка внутреннего контроля за своими действиями. Если на первых этапах работы ребенок с нарушениями двигательной сферы может играть только на самых простых инструментах (маракасе или бубенчиках, которые крепятся к руке на браслете), то в ходе занятий ребенку становится доступно все большее количество разнообразных инструментов, многие из которых требуют от него более развитой моторики и координации движений. Ребенок начинает не просто трясти игрушкой, а стучать, попадая палочкой по барабану или маленькой деревянной коробочке. Впоследствии ребенку становятся доступны инструменты, требующие активного участия двух рук, навыков тонкой моторики (ложки, треугольник, кастаньеты и др.).

Усложняются и более крупные движения, в которых участвует все тело ребенка. На первых занятиях дети учатся просто делать шаги под музыку и останавливаться, когда музыка замолкает. В течение года расширяется репертуар доступных детям движений: они ходят под медленную музыку и бегают – под быструю, машут крылышками, как птички, и переваливаются с ноги на ногу, как мишки, прыгают и кружатся на месте и т.д. Эти упражнения требуют от детей определенного представления о своем теле и его возможностях. Кроме это-

го, они учатся двигаться рядом с другими детьми, не сталкиваясь с ними.

Движение по площади музыкального зала во время танца полезно для развития пространственных представлений. Сначала ребенок хаотично передвигается по помещению, подходит к стене, к окну. Когда он освоился в пространстве зала, он начинает ходить так, как просит взрослый: чередует ходьбу и бег, садится на стул в определенном месте, ложится на пол и т.д. В ходе занятий усложняются и танцы, которые составляют обязательную часть группового занятия, завершая его. На первых этапах детям доступно только движение по кругу, причем каждого ребенка держит за руку взрослый, не давая ему уйти из круга или начать движение в неправильном направлении. Постепенно количество взрослых уменьшается, и детям приходится держать направление самостоятельно; сами танцы усложняются, появляются движения руками, повороты, прыжки, ходьба с разной скоростью в разных направлениях.

Очень важна роль музыкальной терапии в работе с детьми, имеющими тяжелые нарушения речи. В большинстве случаев дети, не владеющие активной речью и не способные пользоваться ею для общения, демонстрируют еще и недостаточное понимание речи окружающих. Это приводит, с одной стороны, к затруднениям во взаимодействии с детьми и взрослыми и, с другой – к появлению страхов, росту тревожности у ребенка: если его что-то напугало, взрослым бывает особенно трудно успокоить его, объяснить ему, что происходит. Также у ребенка возникают сложности с пониманием того, о чем рассказывает педагог на занятии. Но восприятие песни для такого ребенка оказывается легче понимания обращенной к нему речи, поскольку ее содержание передается не только в словах, но и в самой музыке. Многочисленные исследования показывают, что очень часто музыкальное произведение несет большую информационную нагрузку, благодаря которой в сознании слушающего возникают различные немзыкальные, часто зрительные образы [Белобородова В.К., Кечхуашвили Г.Н., Назайкинский Е.В.]. Слушая музыку, мы представляем себе красочные картины, причем часто возникающие у разных людей образы оказываются похожими друг на друга. Благодаря такой особенности музыкального восприятия ребенок с нарушениями импрессивной речи может лучше понимать, о чем поют остальные члены группы и сопереживать им: он оказывается включенным в общий процесс больше, чем на других занятиях.



При помощи совместного пения и музыкальных игр специалисты стимулируют и активную речь ребенка. При этом непринужденный характер занятия и заинтересованная включенность в процесс пения всех его участников позволяет снизить контроль за речью, являющийся в обычных условиях серьезным препятствием для многих детей с речевыми проблемами к тому, чтобы начать говорить [Битова А.Л.]. Так, часто именно на музыкальных занятиях дети начинают петь или проговаривать простые слова припева любимой песни, и с этого момента на занятиях логопеда появляется возможность работать с ребенком на новом уровне. Также во время пения ведется работа по развитию речевого и певческого дыхания, развитию голоса, интонации.

### **Психофизиологические и нейропсихологические основания коррекционно-развивающего эффекта музыкальных занятий**

Существует мнение, что музыка как вид невербального воздействия воспринимается правым полушарием мозга. Однако данные различных авторов [Балонов Л.Я., Деглин В.Л.], а также проведенное нами исследование (нейропсихологический анализ восприятия музыки) доказывают обратное: и в восприятии музыки, и в активной музыкальной деятельности принимают участие как правое, так и левое полушарие головного мозга, причем каждое вносит в процесс свой вклад. Так, правое полушарие позволяет слушателю воспринимать звуковысотные отношения, узнавать знакомую мелодию, замечать допущенные при ее исполнении ошибки. Кроме того, при участии правого полушария происходит восприятие настроения музыкального произведения, возникают зрительные образы, отражающие содержание услышанного. Работа левого полушария также важна для восприятия музыки: оно позволяет воспринимать ритм мелодии, темповые характеристики произведения. Также с функцией левого полушария связана способность воспринимать жанровые особенности музыкального произведения, различать, например, марш, вальс и колыбельную. Благодаря работе левого полушария, мы ассоциируем звучащую музыку не просто с образом, а с движением, изменением – так, многие представляют себе полет бабочки или птицы, каравание муравьев или ветер, который гонит по небу осенние листья. При дефицитности левого полушария эта динамика исчезает, и

испытываемые говорят о статичных образах: принцесса, цветок и др. [Цыганок А.А., Константинова И.С.].

Итак, музыка оказывает воздействие на оба полушария головного мозга. Возможно, представление о воздействии музыки только на правое полушарие связано с тем, что это действие является более выраженным и заметным, чем при других видах стимуляции. Разнообразные развивающие упражнения, разработанные для дошкольников и младших школьников (многочисленные пособия для подготовки к школе или преодоления трудностей школьного обучения), задействуют, в первую очередь, вербальные процессы и направлены, таким образом, на стимуляцию левого полушария. Средства активации правого полушария распространены в современной педагогике и психологии меньше. Музыка (как вид невербального воздействия, часто предполагающий произвольный уровень функционирования) используется нами для стимуляции работы структур правого полушария мозга, для повышения общего психического тонуса, а также для расслабления ребенка, упорядочивания его активности.

Медицинские исследования показывают, что при восприятии музыки у слушателя изменяются скорость дыхания, пульс, некоторые ритмы электрической активности мозга [Мясищев В.Н., Готсдинер А.Л.]. При правильном подборе музыки, таким образом, можно оказывать воздействие на психофизиологический уровень активности организма. Многолетняя практика ЦПП показывает, что часто влияние музыкальной терапии на ребенка оказывается сходным с действием стимуляторов или нейролептиков. В результате музыкальных занятий меняется уровень активности ребенка, терапевт имеет возможность направленно воздействовать на него, успокаивая его, если он чрезмерно возбужден, или, наоборот, стимулируя его активность, побуждая двигаться, петь, играть в музыкальные игры. Описанный эффект не ограничивается ситуацией музыкального занятия: по его окончании ребенок оказывается способен лучше концентрировать внимание на заданиях, которые предлагают ему другие специалисты. Возможен и обратный эффект: стимулирующее действие музыкального занятия, побудившее ребенка тянуться к музыкальному инструменту, хлопать в ладоши или активно наблюдать за терапевтом, продолжается и некоторое время после завершения музыкального занятия, благодаря чему на следующем занятии ребенок легче включается в предлагаемую ему деятельность и работает более активно, чем обычно. Поскольку мы стремимся действовать не лекарственными, а имен-

но лечебно-педагогическими методами, в ряде случаев врачи предпочитают назначить ребенку не медикаменты, а специально организованные занятия. Часто именно в результате музыкальной терапии происходит активизация глубинных, подкорковых, структур мозга, что, в свою очередь, приводит к улучшению функционирования коры мозга. Так, опосредованно, музыкальная терапия способствует развитию высших психических функций.

Следует отметить, что столь выраженное действие, которое оказывает музыка на организм ребенка, может оказаться и негативным: в некоторых случаях после интенсивных музыкальных занятий дети становятся возбужденными, неспособными сосредоточиться даже на привычных и знакомых делах. Иногда неправильно подобранная музыка может спровоцировать приступ у ребенка с эпилепсией. Поэтому при назначении ребенку музыкальной терапии необходимо обеспечить регулярный медицинский контроль за его состоянием. Врач наблюдает за поведением ребенка на музыкальных и других занятиях, проводит обследование, при необходимости назначает дополнительные исследования (при опасности возникновения или усиления эпилептических приступов проводится регулярный контроль ЭЭГ). В том случае, если музыкальная терапия приносит неожиданный отрицательный эффект, соответствующие занятия видоизменяются (некоторые виды деятельности заменяются более подходящими конкретному ребенку) или исключаются из программы занятий. Участие врача-невролога в общей работе позволяет команде специалистов аккуратно подбирать для каждого ребенка программу занятий и их содержание таким образом, чтобы добиться максимального положительного эффекта.

## **Заключение**

Поскольку работа с ребенком в Центре имеет комплексный характер и музыкальные занятия составляют лишь часть общей коррекционно-развивающей программы, всегда бывает трудно оценить, с чем связан тот или иной достигнутый в процессе работы результат. Более того, если ребенок испытывает сложности в какой-либо сфере, мы стараемся обеспечить ему ее развитие на разных занятиях. Тем не менее проследить, какую роль в положительной динамике играют именно музыкальные занятия, является возможным. Так, часто новое

умение появляется во время пения или игры на музыкальном инструменте, после чего специалисты замечают изменения в состоянии ребенка на других занятиях. Есть опыт появления речи у неговорящего ребенка – сначала в общем хоре и только потом на индивидуальном занятии с логопедом [Битова А.Л.]. Также в результате музыкальных занятий можно заметить освоение новых двигательных навыков (при игре на том или ином музыкальном инструменте, в танце), повышение активности во время выполнения двигательных упражнений и пения. Улучшения в экспрессивной речи (появление произвольных вокализаций, повышение речевой активности, удлинение выдоха, нормализация голоса) тоже часто можно связать с музыкальными занятиями.

Положительные изменения, которые происходят в развитии ребенка от занятия к занятию, могут быть мало заметны. Во время адаптации ребенка к музыкальной терапии могут произойти, на первый взгляд, отрицательные изменения: ребенок растормаживается, хуже сосредоточивается, родителям бывает трудно увести ребенка в таком состоянии домой. Это – важный симптом, который показывает, что музыка оказывает воздействие на ребенка, а значит, ее использование целесообразно. Изменения в поведении ребенка позволяют быстро заметить, что именно в нашем воздействии дало такой эффект, и быстро внести в работу коррективы; например уменьшить частоту, продолжительность или интенсивность занятий. Развитие психических функций у ребенка происходит медленно, и может пройти много времени, прежде чем ребенок освоит новое умение и начнет применять его на музыкальных занятиях, а потом и в других ситуациях. Психологическое состояние ребенка также изменяется не сразу – должно пройти определенное время, прежде чем ребенок начнет узнавать терапевта, музыку и игры, которые повторяются на занятиях. Но такой эффект, проявившийся не сразу, и остается на долгое время, не исчезая сразу после прекращения регулярных музыкальных занятий.

Важно сказать о том, что при проведении музыкальной терапии происходит изменение психологического состояния не только самих детей, но и членов их семьи. Одной из задач, которую мы ставили в группе детей с тяжелыми и множественными нарушениями развития, была именно психологическая поддержка их родителей. Взрослые вместе с детьми сидели в кругу, играли на шумовых инструментах, пели. К концу года мы заметили изменение психологического состояния всех родителей, посещавших наши музыкальные занятия.

Сами родители очень ценили музыкальные занятия, на которых они получали удовольствие, могли петь любимые песни. Они видели, что их дети, обычно слабо реагирующие на окружающий мир, слушают пение, замечали динамику в их развитии. Кроме того, у нас организовался прекрасный хор.

Таким образом, роль музыкальной терапии в помощи ребенку с нарушениями развития и его семье трудно переоценить. Этот факт признают все специалисты, работающие с такими детьми. Но, безусловно, одни только занятия музыкой не могут решить всех задач, которые мы ставим перед собой. Результата можно ожидать только от комплексной помощи, которую оказывают ребенку и его семье разные специалисты.

## Литература

1. *Алвин Дж., Уорик Э.* Музыкальная терапия для детей с аутизмом. – М.: Теревинф, 2004.
2. *Балонов Л.Я., Деглин В.Л.* Слух и речь доминантного и недоминантного полушарий. – Л.: Наука, 1976.
3. *Бекина С.И., Ломова Т.П., Соковнина Е.Н.* Музыка и движение. – М.: Просвещение, 1983.
4. *Белобородова В.К.* Музыкальное восприятие //Сб. Музыкальное восприятие школьников /Под ред. М.А. Румер – М.: Педагогика, 1975.
5. *Белобородова В.К.* О некоторых особенностях музыкального восприятия младших школьников //Сб. Музыкальное восприятие школьников /Под ред. М.А. Румер – М.: Педагогика, 1975.
6. *Бин Дж., Оулдфильд А.* Волшебная дудочка. 78 развивающих музыкальных игр. – М.: Теревинф, 2000.
7. *Битова А.Л.* Формирование речи у детей с тяжелыми речевыми нарушениями: начальные этапы работы. //Особый ребенок. Исследования и опыт помощи. Вып.2. – М.: Теревинф, 1999.
8. *Битова А.Л., Лунес Ю.В.* Специальные занятия музыкой, ориентированные на стимуляцию экспрессивной речи у детей с тяжелыми нарушениями речевого развития //Особый ребенок. Исследования и опыт помощи Вып. 4: Музыка и танцы в коррекции нарушений развития у детей. – М.: Теревинф, 2004, с. 78–85.

9. *Благонадежина Л.В.* Психологический анализ слухового представления мелодии // Сб. Институт психологии. Уч. зап. Государственного научно-исследовательского института психологии, т. 1, 1940.
10. *Готсдинер А. Л.* Музыкальная психология. – М.: 1993.
11. *Декер-Фойгт Г.-Г.* Введение в музыкотерапию. – СПб.: Питер, 2003.
12. *Ильина Г.А.* К вопросу о формировании музыкальных представлений у дошкольников // Вопросы психологии, 1959, № 5.
13. *Кечухашвили Г.Н.* Из опыта экспериментального исследования внемузыкальных представлений при восприятии музыки // Художественное восприятие /Под ред. Б.С.Мейлаха. – Л., 1971.
14. *Кечухашвили Г.Н.* К характеристике наглядных образов при восприятии музыки // Вопросы психологии, 1957, № 1.
15. *Мясищев В.Н., Готсдинер А.Л.* Влияние музыки на человека по данным электроэнцефалографических и психологических показателей // Вопросы психологии, 1975, № 1.
16. *Назайкинский Е.В.* О психологии музыкального восприятия. – М.: Музыка, 1972.
17. *Попова О.Ю., Хатуцкая С.А.* Музыкальные занятия при нарушении общения у детей // Особый ребенок. Исследования и опыт помощи. Вып. 4: Музыка и танцы в коррекции нарушений развития у детей. – М.: Теревинф, 2004, с. 86–94.
18. *Теплов Б.М.* Психология музыкальных способностей. – М.: Педагогика, 1985.
19. *Хатуцкая С.А.* Музыкальные занятия в подготовительной группе // Особый ребенок. Исследования и опыт помощи Вып. 4: Музыка и танцы в коррекции нарушений развития у детей – М.: Теревинф, 2004, с. 23–28.
20. *Цыганок А.А., Константинова И.С.* Восприятие музыкальных произведений детьми // Особый ребенок. Исследования и опыт помощи. Вып. 4: Музыка и танцы в коррекции нарушений развития у детей. – М.: Теревинф, 2004, с. 6–15.



переводы





# Помощь инвалидам в Берлине и Германии в целом (тезисы доклада)

Гельмут Требезиус

1. Предварительные замечания
2. Союзы и их история
3. Действия государства
4. Виды помощи и вопросы финансирования
5. Наиболее важные проблемы
6. Заключение

## **Предварительные замечания**

### **Система помощи инвалидам в Федеративной Республике Германии**

В моем докладе речь пойдет о Федеративной Республике Германии, стране, в которой за последние десятилетия в сфере помощи, поддержки и интеграции людей с ограниченными возможностями было достигнуто многое. Особенность нашей ситуации состоит в том, что действующая на сегодняшний день система соответствует системе помощи в бывшей Западной Германии. Формы работы с инвалидами, характерные для ГДР, после объединения Германии были приближены к стандартам ФРГ. Такое развитие системы было ориентировано на интересы людей с ограниченными возможностями, и в связи с этим его следует рассматривать как положительное.

### **Развитие системы помощи инвалидам после национал-социалистской диктатуры, Второй мировой войны, Холокоста и применения эвтаназии. Нельзя допустить повторного распространения идеологии «жизни, не достойной быть жизнью»**

В истории работы с инвалидами в Германии в XX веке есть очень темные страницы. Эра национал-социализма была связана не толь-

ко с диктатурой, войной, страшными преследованиями и убийством миллионов представителей так называемой неарийской части населения. В 1940–1941 годах, лживо прикрываясь термином «эвтаназия», убивали людей, которым было отказано в праве на жизнь. Люди с ограниченными возможностями подпали под программу уничтожения «жизни, не достойной права на жизнь» – такие ужасные слова были тогда в ходу. Жертвами национал-социалистов стали тысячи граждан-инвалидов. Это привело к тому, что многие родители особых детей даже спустя много лет после войны опасались за их судьбы.

**Заповедь социального государства: помощь бедным и слабым**  
Система работы с инвалидами в современной Германии основывается на параллельном осуществлении государственных действий и помощи инвалидам, проводящейся на местах негосударственными организациями. Обязанностью социального государства является забота о бедных и слабых членах общества. Однако непосредственное осуществление подобной помощи в задачи государства не входит.

### **Само государство**

#### **не должно организовывать помощь инвалидам**

Наш опыт показывает, что работа государственных организаций по помощи инвалидам может быть чрезвычайно затруднена, так как эти организации находятся в плену запутанных бюрократических предписаний.

### **Речь пойдет о людях с умственной отсталостью**

В дальнейшем в моем докладе речь пойдет, прежде всего, о формах помощи умственно отсталым людям. Однако мы убеждены в том, что не может быть различий в правах в зависимости от типа и степени инвалидности, и выступаем за это.

### **Союзы и их история**

**«Лебенсхильфе» как пример общества помощи людям с отклонениями в умственном развитии: сначала местные инициативные группы по всей Германии объединились в единый союз, затем открылись новые отделения**

Одна из ключевых организаций помощи инвалидам – «Лебенсхильфе». Само слово «лебенсхильфе» («жизненная помощь») взято из разговорного языка и подразумевает любые жизненные обстоятельства, в которых человеку требуется помощь. Организация «Лебенсхильфе» является союзом нескольких региональных групп, которые объединились в 1958 году в Федеральное объединение «Жизненно важная помощь особому ребенку».

«Здесь открывается дверь из очень темного прошлого в более светлое будущее... Здесь намечается дорога, по которой мы, родители, должны пойти вместе с нашим ребенком, чтобы условия его жизни более соответствовали человеческому достоинству», – это высказывание принадлежит одной из основательниц организации «Лебенсхильфе».

### **Инициатива исходила от родителей, которые затем привлекали к сотрудничеству педагогов и медицинских работников**

За созданием организации федерального уровня вскоре последовало основание многочисленных региональных (земельных и окружных) союзов.

Берлинская организация «Лебенсхильфе» была основана в 1960 году. Первоначально членами организации были в основном родители и сотрудники образовательных и медицинских учреждений.

### **В защиту школьного образования для детей с отклонениями в умственном развитии**

Насколько можно судить сегодня, основатели организации исходили, прежде всего, из двух основных принципов:

1. У всех детей есть право на школьное образование. Этого права не могут быть лишены дети с умственной отсталостью. Основатели организации были убеждены в обучаемости этих детей.

2. Родители ожидали помощи от государства, основываясь на существовании так называемых социальных прав, распространявшихся, в частности, и на инвалидов Второй мировой войны. В послевоенное время была большая потребность в урегулировании прав инвалидов войны, а также прав семей, потерявших кормильца.

### **Требование социальных прав.**

**Совместные действия – средство от одиночества**

Безусловно, в начале своего существования «Лебенсхильфе» была в том числе и правозащитной организацией. Здесь соединились борьба против одиночества и брошенности на произвол судьбы и требование от государства и законодательной власти предоставления и соблюдения прав.

### **Церковные и благотворительные организации**

Позже начали возникать и другие сообщества заинтересованных лиц. Помимо этого, возникла важная тенденция развития церковных и благотворительных организаций – они восприняли новые импульсы и стремились обращать внимание на нужды инвалидов.

### **Защита собственных интересов – залог убедительных выступлений**

На примере «Лебенсхильфе» можно проследить, какую силу обретают родительские инициативы, основанные на уверенности родителей в необходимости отстаивать свои интересы и бороться за права своих детей – насколько убедительными они могут быть.

### **Помощь специалистов по работе с общественностью и специализированных СМИ**

Это было не только воззвание к государству, не только призыв к состраданию и милосердию. Знакомство с существующей потребностью, со всей остротой ситуации сильно повлияло и на специалистов: они обратили внимание на эту проблему, открыли для себя новые области исследования и стали друзьями для тех, кому служили своей работой.

### **Акцент на разработке новых программ**

«Лебенсхильфе» достигла зримых успехов – была разработана обширная программа деятельности. Вклад объединения в развитие профессиональной и политической сферы трудно переоценить. Важным шагом и значительной помощью стала организованная «Лебенсхильфе» лотерея, которая имела широкий общественный резонанс.

### **Финансовая помощь посредством телевизионной лотереи: «Акция “Особый ребенок”»**

«Акцѳон Зоргенкинд» («Акция “Особый ребенок”») – это телевизионная игра, лотерея-шоу с большим охватом зрителей. При определен-

ном везении в ней можно выиграть, но в этой лотерее есть и твердо фиксированная часть бюджета, идущая на поддержку проектов по работе с инвалидами. Эта телеигра и по сей день остается для нас крайне важным источником финансирования.

### **Лотерея помогла собрать средства и обрести широкую поддержку СМИ**

Значение этой лотереи столь высоко еще и потому, что, по нашим законам, финансирование большей части статей бюджета негосударственных благотворительных организаций должно осуществляться из собственных средств организации. Такие деньги перечисляются из бюджета лотереи. Телевизионный канал, на котором проводится лотерея, открыто говорит о своей поддержке инвалидов, что обеспечивает прозрачность и широкое воздействие на аудиторию. Все это идет на пользу работе по помощи инвалидам.

### **Защита интересов инвалидов может стать источником конфликтов**

На начальных этапах все проходило не так гладко – в плане учета интересов инвалидов не обходилось без конфликтов. Проблемы, возникавшие во взаимоотношениях с внешними организациями, имели серьезные последствия и для отношений внутри «Лебенсхильфе». Тот, кто защищает интересы людей с умственной отсталостью, делает это везде, а не только в узкой сфере своей непосредственной личной деятельности. Тот, кто считает, что лучше создавать небольшие по размеру учреждения, заведомо вступает в противоречие с теми, кто выступает за очень большие, громоздкие организации. Конфликтным является и вопрос о первичности медицины или педагогики в работе с особыми детьми.

### **Родительские объединения как работодатели: новые социальные роли**

Для родителей ситуация кардинально меняется тогда, когда им приходится перепоручать своих повзрослевших детей опеке других людей. Становясь работодателем, родительское объединение меняет свой характер. Это можно показать на следующем примере: председатель родительской организации, навещающий своего маленького (или взрослого) ребенка в том или ином учреждении, находится в этом учреждении не просто как частное лицо – он встречается с

сотрудниками, начальником которых является. В такой ситуации нужно искать, находить и учиться выполнять новые социальные роли. Параллельно с этим зачастую очень сложным процессом становится отделение родителей от своих взрослеющих детей, ослабление связи между ними.

### **Общественные союзы в роли наблюдателей в политической и административной деятельности**

Сегодня общественные союзы, занимающиеся помощью инвалидам, играют очень важную роль в сфере формирования внутрипартийных политических мнений и общественного мнения в целом. Они берут на себя функцию наблюдателей и следят за соблюдением законов государственными административными учреждениями.

### **Единичные консультации и кураторство, лоббирование интересов, публикации**

О многих правах, предусмотренных немецкими законами для людей с ограниченными возможностями, знают далеко не все: отдельные нормы слишком сложны, правовое регулирование зачастую слишком запутанно. Здесь требуется большая кропотливая работа организаций, разъяснительная деятельность, выпуск собственных информационных изданий.

### **Межпартийный консенсус**

У общественных союзов есть много возможностей влияния на формирование мнений в парламенте. При этом действует непреложное правило: обсуждение вопросов помощи инвалидам должно быть как можно более независимым от разногласий между партиями. Когда речь идет о помощи самым незащищенным членам общества, нужно уметь подняться над отдельными межпартийными противоречиями – в парламенте по возможности должен быть найден консенсус.

### **У общественных союзов, организаторов учреждений есть свои экономические интересы**

С другой стороны, союзы и их подразделения теперь во многом сами преследуют экономические цели и находятся друг с другом в отношениях конкуренции. Все они предлагают определенные виды услуг: различные формы проживания, виды ранней помощи, детские учреждения и формы проведения досуга.

## Действия государства

### **Существенный прогресс в выработке законодательства благодаря инициативе общественных союзов**

Административные и политические учреждения в Германии научились принимать предложения и требования общественных союзов всерьез. Можно сказать, что почти все существенные изменения в законодательстве и в административных актах были приняты по инициативе общественных союзов. Эти изменения охватывают самые разные области, например: запрет на дискриминацию (охранительное право), разработку форм помощи (в том числе, принцип предпочтения амбулаторной, а не стационарной медицинской помощи), а также вопросы финансирования.

### **Союзы выполняют социальный заказ**

Всякий раз, когда речь заходит о полном финансировании, нужно не упускать из виду, что общественные союзы (и их подразделения) нередко исполняют в широком смысле социальный заказ.

### **Сокращение средств, отпускаемых социальным кассам**

На передний план при этом выступает, конечно, резкое сокращение финансов в социальных кассах, произошедшее за последние годы. Для многих групп населения такое развитие экономики неминуемо приводит к существенным ограничениям. В сфере оказания помощи и услуг инвалидам эти ограничения также не могут остаться незамеченными.

### **Нужно компенсировать недостатки, порождаемые инвалидностью**

При оказании финансовой помощи нередко происходит настоящая «борьба за распределение средств». В этом контексте основная, первоначальная задача общественных союзов и организаций, оказывающих помощь инвалидам, остается прежней: исполнять функции наблюдателей, следить, чтобы не возникало сомнений по поводу уже достигнутых договоренностей, чтобы неудобства, создаваемые инвалидностью, были на самом деле по возможности уравновешены, и чтобы высший приоритет отдавался решению вопросов, связанных с человеческим достоинством.



### **На первом месте – человеческое достоинство**

Самым страшным сценарием представляется такой, при котором проблемы людей с теми или иными особенностями развития будут сводиться только к финансовому аспекту, т.е. к нагрузке на социальные кассы. Нельзя допустить, чтобы на первый план выступал вопрос «в какую сумму инвалид обходится обществу». Этот вопрос – результат негуманных прагматических соображений, и наибольшее опасение здесь вызывает возможный вывод не в пользу людей с тяжелыми или многофакторными отклонениями.

### **Действующее законодательство**

**нужно проводить в жизнь:**

**менять юридическую реальность**

В связи с этим нужно сказать, что изменения в законодательстве и в социальных установках, достигнутые на бумаге, еще не гарантируют автоматических перемен в юридической реальности.

### **Задача: быть представителем интересов тех людей, которые неспособны сами заявить о себе**

Таким образом, задачей общественных союзов остается, наряду с оказанием адекватной квалифицированной помощи, задача консультирования инвалидов, оказания помощи в реализации их прав, а при необходимости – и разъяснительная работа с политическими структурами, напоминающая, что именно беспомощные люди, которые не в состоянии сами отстаивать свои интересы, не должны стать жертвой произвола административных порядков.

### **Виды услуг и вопросы финансирования**

#### **Факторы, образующие разнообразие потребностей**

**в квалифицированной и адекватной помощи:**

**виды и степень отклонения, возраст, форма проживания, образования, трудоустройства и досуга**

Потребности в квалифицированной и достаточной помощи у инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья очень сильно различаются в зависимости от типа и тяжести отклонения, от возраста. Кроме того, они неодинаковы в разных сферах жизни (жилье, развивающая поддержка, образование, трудоустройство, досуг и др.).

На первом плане при этом всегда стоит обеспечение материальной стороны, достигаемое с помощью индивидуальных финансовых пособий и дополнительной компенсации повышенных затрат.

### **Трехсторонние общественно-правовые отношения в оказании материальных услуг**

Учреждения и организации также оказывают различные виды помощи: это так называемые материальные услуги, которые можно представить в виде трехсторонних отношений:

#### **Заклучить договор и следовать ему**

Отношения между названными партнерами очень неоднородны и включают различные правовые аспекты. Наша цель состоит в том, чтобы эти отношения в каждом случае по возможности регулировались договорами и всякий раз действительно отвечали принципам партнерства. В немецком языке для такого партнерства существует выражение „auf gleicher Augenhöhe“ – «взгляд на одном и том же уровне глаз».

#### **Соблюдение трехсторонних интересов:**

##### **организатора услуг, исполнителя услуг и потребителя**

Сторона, оплачивающая услуги, должна знать исполнителя услуг и в состоянии повлиять на эти услуги. Сторона, исполняющая услуги, должна с надежностью просчитывать затраты (персональные и материальные) и доходы, однако здесь не обойтись без рисков, связанных с нагрузкой и рентабельностью. Сторона, нуждающаяся в помощи, должна быть уверена, что существует оферент, предлагающий нужную услугу, и что эта услуга действительно будет получена. На основе этой взаимосвязи действительно могут складываться запросы инвалидов к соответствующим организациям по оказанию помощи.

#### **Расходы на организацию предприятия должны возмещаться.**

##### **Особые правила для предприятий**

В организации всех сфер услуг – будь то раннее развитие, школа, образовательные предложения негосударственных учреждений, развивающие группы и мастерские, различные формы проживания с прикрепленным амбулаторным или стационарным медицинским обслуживанием – мы стремимся следовать вышеназванным принципам и по большей части воплощаем их в жизнь.

В переговорах по возмещению расходов мы исходим из того, что выплаты должны быть достаточными для продолжения деятельности предприятия. Для предприятий, на которых работают инвалиды, действует правило, согласно которому к прибыли от производимых товаров, оказываемых услуг или проведенных по заказу других фирм работ добавляется компенсация издержек предприятия. Этому компенсаторному правилу следуют и выплаты инвалидам, занятым на предприятиях.

### **Важно: предварительные расчеты**

Нужно добавить, что все точные расчеты и договоры – поначалу не что иное, как документы, в основе которых лежат допущения, предположения и обобщенные подходы. Тем не менее в жизни мы каждый раз имеем дело с индивидуальными обстоятельствами, которые тоже нужно учитывать при совершении действий.

### **Прозрачность, стандарты и контроль качества.**

#### **Образец: защита потребителя**

Для того чтобы, несмотря ни на что, обеспечить всем сторонам необходимую степень защиты и надежности, нужно добавить аспект прозрачности стандартов и контроля качества. Такой подход является аналогом принципа защиты интересов потребителя, принятого в обществе в целом.

### **Темы, наиболее важные и актуальные для нас**

Спектр актуальных тем очень широк, и я должен буду ограничиться лишь некоторыми, наиболее острыми вопросами.

#### **1. Критика принципа материальных услуг и персональный бюджет**

Описанный механизм оказания материальных услуг (принцип трехсторонних отношений) ограничивает личное участие инвалидов и, по сути, противоречит принципам самоопределения. Теперь мы на практике выясняем, насколько инвалиды сами могут распоряжаться соответствующими средствами, организуя («выкупая») нужные им виды помощи. Речь идет о так называемом механизме «персонального бюджета», аналоги которому имеются в других странах.

## **2. Оказание помощи людям пожилого возраста**

Как мы организуем различные виды помощи для групп инвалидов пожилого возраста, какие особые трудности возникают в связи с этой задачей.

## **3. Включение в общий рынок труда**

Как мы осуществляем включение людей с отклонениями в умственном развитии в общий рынок труда, учитывая высокую степень безработицы в наше время.

## **4. Передача знаний и опыта в Европе**

Как происходит передача знаний и опыта отдельных стран в эпоху объединенной Европы.

## **5. Ограниченность социальных касс, рост инвалидности, новые источники финансирования**

Какие еще источники финансирования можно освоить для закрепления достигнутых нами результатов и для развития нашей системы, если учесть, что средства, выделяемые социальным кассам, в обозримом будущем не увеличатся, а статистика инвалидности – как ожидается, по крайней мере, в Германии – будет расти.

## **6. Интеграция и включение.**

### **Не упустить никого из виду**

Интеграция – это цель, это реальность и путь. Следующий этап требований – это естественная включенность: включение инвалидов в жизнь общества с самого начала, вообще без каких бы то ни было отдельных учреждений. Что это означает для нашей работы, как обеспечить при таком подходе правильную помощь всем инвалидам и, в первую очередь, не упустить из виду людей с тяжелыми и множественными отклонениями.

## **7. Вопросы основных ценностей, в том числе в связи с генными технологиями**

Мы не перестаем размышлять об основных ценностях, ставших особенно актуальными, в том числе, в связи с развитием современных генных технологий.

## **Заключение**

### **Начиная с малого, достигли больших результатов**

Завершая доклад, обращаю внимание на то, что я попытался охватить развитие нашего движения более чем за 60 лет в стране с далеко не радужным прошлым. Мы начинали с малого: сохранившиеся документы говорят о том, что «отцы-основатели» (и «матери-основательницы») движения взаимопомощи сконцентрировали свои действия на самом необходимом и очевидном.

Из объединения «Помощь детям с отклонениями в умственном развитии» выросла организация «Помощь людям с отклонениями в умственном развитии», из Акции «Особый ребенок» выросла Акция «Человек», мастерские предпрофессиональной подготовки превратились в «предприятия для инвалидов», а потом – в «предприятия для людей с отклонениями в развитии». Движение «Лебенсхильфе» называет наши общежития «постоянным домом», а кураторов можно назвать также помощниками или компаньонами.

### **Движение взаимопомощи начинается с необходимых и очевидных действий**

Во всяком случае, наши предшественники не занимались далеко идущими последствиями своей инициативы и не отвлекались на величие последующих задач, о которых они и не догадывались.

### **Серьезное отношение к позиции равноправия, к позиции «одинакового уровня глаз»**

Таковы в целом позиции, показывающие, что, возможно, мы действительно находимся на пути к выработке «одной и той же точки отсчета», «одного уровня глаз» с людьми, которым мы помогаем.

И в заключение я приведу слова бывшего президента Федеральной Республики Германии Рихарда фон Вайцзекера:

**«Мы отличаемся друг от друга – и это нормально».**

краткие сообщения



# История наблюдения и занятий с девочкой с синдромом Ретта

Н.А. Калиман, Е.К. Раимова, В.С. Малькова

Центр «Прикосновение» основан в 2003 году. Целью создания центра было формирование коррекционно-развивающего пространства, обеспечивающего развитие механизмов компенсации каждого ребенка, и решение на этой основе проблемы социальной интеграции ребенка в современное общество.

В данной статье описан опыт работы с ребенком, страдающим одним из редких генетических заболеваний – синдромом Ретта.

**Юля**, 2002 г.р. Родилась от нормально протекавшей беременности, роды в срок. Психомоторное развитие на первом году жизни близко к возрастной норме. Гуление – с 4 месяцев, лепет – с 8 месяцев, первые слова – после года. Приблизительно после полутора лет пропало общение с матерью, девочка стала безразличной, исчезла речь. В кистях рук появились потирающие движения, во время ходьбы пошатывалась. Остановилась в психическом развитии, перестала играть, игрушки в руках не удерживала. В 4 года диагностирован синдром Ретта в Институте медицинской генетики (Москва).

В неврологическом статусе: череп микроцефальной формы, асимметрия оскала. Кисти ластовидные. Стопа «балерины». Гипотония мышц верхних и нижних конечностей. Слюнотечение, нарушение жевания. Не удерживает предметы в руках, нарушена тонкая моторика кистей рук. Общая дискоординация движений. Сенсомоторная афазия.

Без специального привлечения внимания девочка бесцельно ходит или стоит, широко расставив ноги, пошатываясь. Сидит с округленной спиной. Поднимается с помощью. Совершает «моющие» движения кистями рук. Игрушки захватывает, но не удерживает. Мелкая моторика рук затруднена. Дыхание периодически прерывается апноэ, которому предшествует учащение дыхания.

Интеллектуальное развитие неравномерное, соответствует возрасту 7–12 месяцев. Снижена чувствительность (на надавливания не реагирует). В лицо смотрит редко, мимолетно, затем взгляд отводит. Слуховое внимание недостаточное, истощаемое. Экспрессивная



речь на лепетном уровне, произносит отдельные невнятные слоги, крик «га». Периодически скрипит зубами. Понимание отдельных бытовых просьб на уровне 1 года. Временами капризна, дисфорична. Картинками не интересуется, не узнает на них отдельные предметы. Интересы к игрушкам нет. Игровая деятельность не сформирована. Туалетные навыки утрачены.

Составленная нами программа работы с Юлей состояла из групповых и индивидуальных занятий. На первом этапе мы просто наблюдали за ребенком, выявляя его особенности, пытались установить более или менее продуктивный контакт между педагогом и ребенком. Затем девочку стали вводить в первую часть занятия «Круг». «Круг» – это совместная игра детей и взрослых, направленная на формирование навыков общения у ребенка, развитие общей моторики. «Круг» состоит из ряда упражнений-игр, которые повторяются в определенной последовательности.

Первые занятия в «Круге» проходили очень тяжело, так как Юля не хотела сидеть, была крайне аутична. Но через некоторое время она стала более спокойной, появился интерес к детям и взрослым. Постепенно Юля привыкла к новым людям.

Приблизительно через месяц таких занятий продолжительность пребывания Юли в «Круге» увеличилась, а еще через месяц мы заметили эмоциональный отклик на некоторые ритмические игры.

На индивидуальных занятиях мы старались сохранить уже имеющиеся и развить новые навыки. Для этого мы стимулировали утраченные функции целенаправленного захвата игрушки, прослеживания предмета. Довольно часто использовалось пальчиковое рисование.

Основные задачи занятий в декабре:

– преодоление у девочки скованности, вызванной трудностями адаптации к новой ситуации;

– стимуляция сенсорного развития, зрительного внимания и сосредоточения;

– формирование длительного удержания взгляда на лице;

– психотерапевтическая работа с мамой;

– сохранение уже имеющихся навыков.

В январе появились дополнительные задачи:

– привлечение внимания девочки к игре;

– увеличение времени сосредоточения взгляда на лице.

В феврале в «Круге» Юля стала более активна, у нее чаще возник интерес к игре, радостные или недовольные крики (типа «га»),

девочка чуть дольше удерживала взгляд на отдельных людях. Стала проявлять интерес к детям и взрослым. Дольше могла сидеть на месте, что способствовало более спокойному состоянию на индивидуальных занятиях. В середине месяца появилось «подволакивание» правой ноги, но после курса массажа этот симптом исчез. В целом мы наблюдали хоть и небольшую, но положительную динамику.

На занятиях у Юли стало возникать более продолжительное осознание того, что вокруг нее дети, желание поиграть. Стали проявляться эмоции, например при передаче ожидаемой ею игрушки другому ребенку Юля возмущенно кричит. Радостные крики раздаются, когда начинаются ее любимые игры. Индивидуальные занятия она по-прежнему не любит, потому что приходится работать руками, а это ей дается очень тяжело, с напряжением всего тела.

### **Заключение**

Состояние ребенка можно отнести к стационарной стадии синдрома Ретта. Его определяют выраженная задержка психического развития, «моющие» движения в кистях рук, бедность побуждений и эмоциональных реакций. Сохраняется гипотония. Начало заболевания, типичное для синдрома Ретта, пришлось на возраст 18–20 месяцев, характеризовалось регрессом навыков, аутистической отрешенностью. В настоящее время «моющие» движения в кистях рук протекают с меньшей частотой и продолжительностью. Вложенные в руки предметы Юля недолго удерживает, не отвергает тактильного контакта, оживлением встречает ласку матери, возникает вегетативная реакция. Положительную динамику отметила и мама девочки. Она говорит, что Юля стала более общительной, спокойной и более эмоциональной; чаще хочет, чтобы ее приласкали, больше смотрит в глаза.

## Направления работы с родителями в рамках службы ранней помощи: опыт работы ЦПМСС «Лекотека»

А.И. Чугунова

Работа в центрах психолого-педагогического сопровождения не ограничивается только работой с детьми, имеющими проблемы развития. Важное место в сопровождении семей занимает работа с родителями. Однако многие центры ориентированы на работу исключительно с детьми, и такой подход имеет свои ограничения. Родителю, не включенному в процесс коррекционной и реабилитационной работы, сложно изменить сложившиеся стереотипы своего взаимодействия с ребенком, что тормозит сам процесс реабилитации и коррекции.

В настоящее время центр «Лекотека» реализует комплексную психолого-педагогическую поддержку семей, воспитывающих детей со сложными нарушениями развития, опираясь на последние исследования в области раннего развития. Современные подходы помощи в системе раннего вмешательства основываются на понимании решающего значения для развития ребенка его общения и взаимодействия с родителем. Многие практики раннего вмешательства видят свою главную задачу в том, чтобы помочь родителю и ребенку адекватно взаимодействовать друг с другом.

В нашем центре диагностическая и коррекционная помощь детям, в том числе со сложной структурой дефекта, происходит по конкретному запросу родителей и с их участием. Для диагностики родительско-детского взаимодействия в семьях, воспитывающих детей с нарушениями развития, используются различные современные психологические методики, а впоследствии применяются техники оптимизации родительско-детского взаимодействия (Parent-Child Interaction Therapy S. Eyberg и др).

Работа специалистов центра с родителями направлена на решение следующих задач:

– **Помочь родителям сориентироваться в особенностях и проблемах ребенка.** Сформировать у родителей адекватное представление о сильных и слабых сторонах развития ребенка; умение

видеть достижения ребенка, его успехи, развитие, а не только его нарушения, диагноз, некомпетентность в каких-то ситуациях. Первым шагом к этому является наблюдение за ребенком, умение воспринимать его сигналы, инициативы и ответы в общении, возможности в игре.

– **Сформировать активную позицию родителей в помощи ребенку.** Одним из наиболее существенных моментов семейно-центрированного подхода к помощи детям с нарушениями развития является положение, согласно которому родители и другие члены семьи входят в команду раннего вмешательства, считаются важными ее членами. Специалисты в своих отношениях с родителями должны исходить из принципов уважения, признания родительской компетентности, из веры в их способность понимать ребенка, обучаться и находить оптимальные способы решения возникающих проблем.

– **Поддерживать позитивный стиль взаимодействия с ребенком** через организацию и развитие совместной игры.

– **Предоставлять родителям информацию** о конкретных видах нарушений у детей, правах родителей, воспитывающих детей-инвалидов, родительском опыте воспитания детей с особыми нуждами, образовательных учреждениях, фондах, культурных мероприятиях, отдыхе и др.

– **Оказывать психотерапевтическую помощь** родителям по мере необходимости и по возможности

Исходя из этих задач, можно выделить основные направления работы:

**1. Изучение особенностей родительско-детского взаимодействия.** Для этого мы используем метод клинической беседы, а также метод наблюдения за взаимодействием родителя и ребенка на диагностическом игровом сеансе (с помощью специально разработанного листа наблюдения). В клинической беседе выявляются установки родителя по отношению к ребенку. В результате заполнения протокола специалист получает представление о характерном стиле поведения родителя по отношению к своему ребенку, отмечает проблемные моменты взаимодействия. При выяснении особенностей взаимодействия родителя и ребенка специалист обращает внимание на инициативность родителя в игре, использование вспомогательных средств для уточнения своего сообщения (жесты, действия с предметами), своевременное реагирование (ответные действия) роди-

теля на инициативные действия ребенка, поддержка игры ребенка, поощрение самостоятельной активности, сонаправленность внимания (внимание взрослого направлено на то же, на что и внимание ребенка), эмоциональное вовлечение, удовольствие от общения с ребенком и др.

**2. Обучение родителей навыкам общения и основным принципам взаимодействия с ребенком, имеющим нарушения в развитии.** Работа происходит в режиме индивидуальных занятий, в ходе которых специалист демонстрирует родителю основные принципы развивающего взаимодействия с детьми в режиме реального взаимодействия, когда родитель сам может попробовать новые способы игры с ребенком.

**3. Тренинговые занятия с родителями** (происходят несколько раз в год). Было реализовано несколько тренингов на темы: «Игра как основная деятельность ребенка», «Глобальная коммуникация», «Развитие навыков самообслуживания».

**4. Индивидуальная работа с родителями.** В ходе консультации родителей (без присутствия ребенка) обсуждаются индивидуальный план работы с семьей, совместная стратегия работы специалиста и родителей, психологические проблемы родителей, связанные с нарушением ребенка.

**5. Групповые занятия для детей и родителей** создают психологически безопасную обстановку общения родителей. Родители знакомятся друг с другом, рассказывают о своих детях, их проблемах, начинают ближе общаться друг с другом, интересоваться развитием других детей. Также во время таких групп родители могут делиться полезной друг для друга информацией о возможных образовательных учреждениях, специальном оборудовании, медицинской помощи и т.д.

На сегодняшний день актуальной проблемой является недостаточное количество организованных ассоциаций родителей детей с нарушениями развития. Другая серьезная проблема – слабое сотрудничество между специалистами, воспитателями и родителями детей с нарушениями развития. Несмотря на то, что об этом много говорится в специальной литературе, в коррекционной работе родителям уделяется недостаточно внимания. Крайне важно, чтобы работа с родителями выделялась как отдельное направление в психологических центрах и включалась в программы ранней помощи детям с нарушениями развития.

## Литература:

1. *Багдасарьян И.С.* Межличностные отношения в семье, имеющей умственно отсталого ребенка. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Нижний Новгород, 2000.
2. *Кожевникова Е.В., Чистович Л.А.* «Абилитация младенцев» – первая в России программа раннего вмешательства // Возможности реабилитации детей с умственными и физическими ограничениями средствами образования: Сб. науч. тр. и проектных материалов. – М.: ИПИ РАО, 1995.
3. *Макэлрит Лиза Х., Эйзенштадт Тони Х.* Семейная игровая психотерапия в работе с детьми с отставанием в развитии. // Игровая семейная психотерапия. Под ред. Ч. Шеффер, Л. Кэрри – СПб.: Питер, 2001.
4. *Мишина Г. А.* Пути формирования сотрудничества родителей с детьми раннего возраста с отклонениями в развитии. Автореф. дис. ... канд. пед. наук. – М., 1998.
5. *Мухамедрахимов Р.Ж.* Мать и младенец: психологическое взаимодействие. – СПб.: Речь, 2003.
6. *Панарина Л.Ю.* Психологическая коррекция взаимодействия младенцев с синдромом Дауна и их близких взрослых. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Самара, 2004.
7. *Печникова Л. С.* Особенности материнского отношения к детям с ранним детским аутизмом. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 1997.
8. *Свердлова Г.А.* Роль взаимоотношения матери и ребенка в коррекции сниженной познавательной мотивации ребенка (старший дошкольный возраст). Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 1995.
9. *Ткачева В.В.* Психокоррекционная работа с матерями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии. – М.: ГНОМ, 2000.
10. *Child-guided Strategies for Assessing Children who are Deafblind or have Multiple Disabilities [CD-ROM]: Nelson, Catherine; Van Dijk, Jan, Dr. The Netherlands: AapNootMuis Educaintment, [2001].*
11. *Linder, Toni W.* «Transdisciplinary Play-Based Assessment: a functional approach to working with young children» – Baltimore: P.H. Brookes, 1990.
12. NCAST // [www.ncast.org/p-pci.asp](http://www.ncast.org/p-pci.asp).

13. Observation of Parent Child Interaction ///Tools for Early Identification and Intervention – 0–5 years. By: James J., Messina Ph.D. & Constance M., Messina Ph.D.// [www.coping.org/earlyin/diadob.htm](http://www.coping.org/earlyin/diadob.htm).
14. Parent-Child Interaction Therapy. Integrity Checklists and Session Materials. S.Eyberg and Members of the Child Study Laboratory University of Florida 1999.

# Опыт работы модельной группы, организованной при «Центре развития ребенка – детском саде № 98» г. Сыктывкара

Т.А. Тимкина

В 2005 году благодаря поддержке Центра лечебной педагогики г. Москвы при нашем детском саде была открыта модельная группа для детей с особым развитием.

Основными задачами группы стали:

- социализация детей с особенностями развития, их интеграция в обычные и коррекционные группы сверстников;
- уточнение диагноза в процессе коррекционного обучения;
- дифференцированная комплексная коррекция основного дефекта и вторично связанных с ним отклонений в развитии;
- создание наиболее благоприятных условий для всестороннего личностного развития особого ребенка с учетом характера и структуры дефекта.

В настоящее время группу посещает 12 детей. Из них

- с тяжелыми психомоторными и речевыми нарушениями – 8 детей;
- с негрубыми нарушениями психомоторного развития – 3 ребенка;
- с интеллектуальными нарушениями – 1 ребенок.

С детьми постоянно работают педагоги, дефектологи, психолог, логопед, инструктор по физическому воспитанию и ЛФК. Проводятся музыкальные занятия и занятия по логоритмике.

Кроме непосредственной работы с детьми наш центр организует коррекционные советы, заседания творческих групп, на которых специалистами разрабатываются «Индивидуальные маршруты сопровождения ребенка» с учетом зон ближайшего и актуального развития каждого из воспитанников.

Особое внимание уделяется работе с родителями: проводятся индивидуальные консультации, организуются «Родительские гости-



ные», семинары, в ходе которых родители получают навыки продуктивной совместной деятельности с детьми, на практике знакомятся с методами и приемами коррекционно-оздоровительного воздействия на сенсорную, интеллектуальную и аффективно-волевую сферы ребенка.

За время работы детским садом были установлены тесные связи с другими центрами Эжвинского района для детей с особенностями развития. Результатом этого сотрудничества явилось создание базы данных детей, нуждающихся в коррекционной помощи.

Сейчас на базе нашего Центра проходят стажировку и практику педагоги других дошкольных учреждений района, студенты педагогического колледжа г. Сыктывкара.

## Авторы сборника

Анна Львовна Битова – логопед-дефектолог, эксперт ЦЛП<sup>1</sup>; эл. почта [bial@ccp.org.ru](mailto:bial@ccp.org.ru)

Татьяна Борисовна Будильцева – учитель-дефектолог, ведущий специалист ЦЛП; эл. почта [budilceva@mail.ru](mailto:budilceva@mail.ru)

Елена Анатольевна Виноградова – руководитель Отделения учебного проживания Центра лечебной педагогики (Псков); эл. почта [lenawin@rambler.ru](mailto:lenawin@rambler.ru)

Татьяна Михайловна Головкина – учитель-дефектолог ГОУ Ярославской области Переславль-Залесской специальной (коррекционной) общеобразовательной школы-интернат №3; эл. почта [deti@pere-slavl.ru](mailto:deti@pere-slavl.ru)

Роман Павлович Дименштейн – педагог, эксперт ЦЛП; эл. почта [ccrmain@online.ru](mailto:ccrmain@online.ru)

Дмитрий Владиславович Ермолаев – нейропсихолог, ведущий специалист ЦЛП; эл. почта [erm@ccp.org.ru](mailto:erm@ccp.org.ru)

Има Юрьевна Захарова – педагог-дефектолог, эксперт ЦЛП; эл. почта [ima-z@yandex.ru](mailto:ima-z@yandex.ru)

Наталья Адамовна Калиман – логопед-дефектолог, директор НОУ «Диаконический Центр «Прикосновение» (Оренбург); эл. почта [nkaliman@yandex.ru](mailto:nkaliman@yandex.ru)

Екатерина Викторовна Ключкова – специалист по физической реабилитации, директор АНО «Физическая реабилитация» (Санкт-Петербург); эл. почта [katya@klo.ioffe.ru](mailto:katya@klo.ioffe.ru)

Ирина Сергеевна Константинова – нейропсихолог, музыкальный терапевт, ведущий специалист ЦЛП; эл. почта [irakonst@ccp.org.ru](mailto:irakonst@ccp.org.ru)

Ирина Викторовна Ларикова – координатор правовой группы ЦЛП; эл. почта [ccrmain@online.ru](mailto:ccrmain@online.ru)

Вероника Сергеевна Малькова – студентка ОГМА, волонтер НОУ «Диаконический Центр «Прикосновение» (Оренбург)

Елена Вячеславовна Моржина – педагог-психолог, эксперт ЦЛП; эл. почта [e-morzhina@yandex.ru](mailto:e-morzhina@yandex.ru)

<sup>1</sup> ЦЛП – РБОО «Центр лечебной педагогики» (Москва)

Анастасия Геннадьевна Нестерова – социальный педагог Центра лечебной педагогики (Псков); эл. почта [agnester@rambler.ru](mailto:agnester@rambler.ru)

Елена Клементьевна Раймова – канд. мед. наук, доцент кафедры биологии ОГМА (Оренбург); эл. почта [raelkl@mail.ru](mailto:raelkl@mail.ru)

Елена Игоревна Рассказова – психолог, младший научный сотрудник НИЦПЗ РАМН (Москва); эл. почта [l\\_rasskazova@yahoo.com](mailto:l_rasskazova@yahoo.com)

Татьяна Михайловна Ратынская – психолог, ведущий специалист ЦЛП; эл. почта [ratmi@yandex.ru](mailto:ratmi@yandex.ru)

Анастасия Владимировна Рязанова – детский и семейный психолог, ГОУ Центр психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков Департамента образования города Москвы (Москва); эл. почта [aryazanova@yandex.ru](mailto:aryazanova@yandex.ru)

Юлия Евгеньевна Садовская – канд. мед. наук, действительный член Всемирной организации детских неврологов (ICNA), член Британского общества по изучению поведенческих фенотипов (SSBP), врач-невролог ЦЛП; эл. почта [ylias@kdp.ptc.ru](mailto:ylias@kdp.ptc.ru)

Екатерина Николаевна Сафронова – логопед-дефектолог, ведущий специалист ЦЛП; эл. почта [kasaf@ccp.org.ru](mailto:kasaf@ccp.org.ru)

Ада Михайловна Тимофеева – канд. мед. наук, педиатр, автор книги «Беседы детского доктора»; эл. почта [ssrtain@online.ru](mailto:ssrtain@online.ru)

Татьяна Анатольевна Тимкина – директор «Центра развития ребенка детский сад №98» (Сыктывкар); эл. почта [childgarden98@rambler.ru](mailto:childgarden98@rambler.ru)

Гельмут Требезиус – сотрудник интегративной организации и мастерской для людей с ограниченными возможностями, член правления Берлинского отделения «Лебенсхильфе» (Берлин)

Андрей Михайлович Царёв – директор Центра лечебной педагогики (Псков); эл. почта [clp-pskov@yandex.ru](mailto:clp-pskov@yandex.ru)

Антонина Андреевна Цыганок (1948–2007) – нейропсихолог, канд. психол. наук, с 1991 по 2007 год председатель Экспертного совета ЦЛП

Анна Игоревна Чугунова – педагог-психолог, ГОУ ЦПМСС «Лекотека» (Москва); эл. почта [chuggy@mail.ru](mailto:chuggy@mail.ru)

Мария Викторовна Яремчук – психолог, канд. психол. наук, ведущий специалист ЦЛП; эл. почта [yarem@rambler.ru](mailto:yarem@rambler.ru)

## Обучение и повышение квалификации в Центре лечебной педагогики (Москва)

Приглашаются психологи, педагоги, логопеды, социальные работники, реабилитологи, специалисты разных профилей, работающие с детьми с нарушениями развития. Преподаватели – ведущие специалисты-практики Центра – делятся со слушателями 20-летним опытом реабилитации и образования детей, подростков и молодых людей, знакомят с моделями и методиками помощи детям с тяжелыми и множественными нарушениями развития.

Центр приглашает на **практико-ориентированные курсы повышения квалификации**. Объем учебного плана – 72 часа.

Обучение в малых группах, интерактивная форма проведения лекций, не менее половины учебной программы – мастер-классы и другие практические занятия, слушателям предоставляется тематическая литература. По окончании выдается **удостоверение государственного образца о повышении квалификации**.

Также Центр организует **индивидуальные стажировки** по маршруту повышения квалификации, соответствующему запросу и профессиональным интересам специалистов.

Центр проводит выездные и стационарные **семинары и тренинги**, включающие мастерклассы с показом видеоматериалов, практикумы и консультации. По окончании занятий участникам выдаются **сертификаты** (лицензия № 025112).

С вопросами, пожеланиями и заявками обращайтесь:

РБОО «Центр лечебной педагогики»

119311, Москва, ул. Строителей, д.17 Б

Тел./факс: (499) 1310683, 1338447

Эл. почта: [project@ccp.org.ru](mailto:project@ccp.org.ru), [famlevol@yandex.ru](mailto:famlevol@yandex.ru)

(тема письма: повышение квалификации).

Сайты: [www.ccp.org.ru](http://www.ccp.org.ru), [www.osoboedetstvo.ru](http://www.osoboedetstvo.ru)

**Айрес Э. Дж.**

**Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития** / Перевод с англ. Ю. Даре, научный редактор Е.Клочкова. – Изд. 3-е. – М., Теревинф, 2012. – 272 с. ISBN 978-5-4212-0084-0

Классический труд Э. Джин Айрес — одного из самых известных и уважаемых в западном научном мире специалистов по

детскому развитию — впервые публикуется на русском языке. Разработанная автором теория сенсорной интеграции, основанная на системном подходе к функционированию мозга, помогает понять связь процессов обработки сенсорной информации с поведением и обучением ребенка, увидеть, что школьная неуспеваемость, поведенческие трудности и многое другое — в большинстве случаев не результат плохого воспитания или лени ребенка, а реальные проблемы, требующие пристального внимания и планомерных занятий. Методам преодоления такого рода проблем посвящена значительная часть книги.

*Книга предназначена как самым разным специалистам (неврологам, психологам, педагогам, специалистам по физической и социальной реабилитации, эрготерапевтам), так и родителям, которые смогут по-новому взглянуть на проблемы и трудности своих детей и выработать стратегию их поддержки, используя рекомендации автора.*



**Ньюмен Сара**

**Игры и занятия с особым ребенком. Руководство для родителей** / Пер. с англ. Н.Л. Холмогоровой. – Изд. 4-е. – М.: Теревинф, 2011. – 240 с. – (Особый ребенок). ISBN 978-5-4212-0022-2

В книге рассказано, как с первых дней жизни воспитывать ребенка с особыми нуждами и помогать ему развиваться. Автору, маме такого ребенка, удалось создать одно из лучших практических руководств в этой области.

Родители и специалисты, занимающиеся с детьми с нарушениями развития, смогут научиться у Сары Ньюмен находить контакт с ребенком, понимать его, видеть и чувствовать, что с ним происходит, шаг за шагом развивать его познавательные способности, расширять возможности двигаться, общаться, осознавать себя и окружающий мир.



**Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М.**  
**Аутичный ребенок. Пути помощи.** – Изд. 7-е. –  
М.: Теревинф, 2012. – (Особый ребенок). – 288 с.  
ISBN 978-5-4212-0060-4

Книга посвящена одному из сложных и загадочных нарушений психического развития детей – раннему детскому аутизму. Освещены особенности и трудности психического развития и социализации аутичных детей, намечены пути помощи в их обучении и семейном воспитании. Рассматриваются проблемы диагностики детей раннего возраста. Рекомендации даются на основе опыта многолетней работы специалистов Института коррекционной педагогики Российской академии образования и Центра лечебной педагогики (Москва). За создание данной книги авторы удостоены Премии Президента РФ в области образования. *Для широкого круга специалистов, причастных к работе с аутичными детьми, и членов семей, в которых растут такие дети.*



**Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М.,  
Костин И.А., Веденина М.Ю., Аршатский А.В.,  
Аршатская О.С.**

**Дети и подростки с аутизмом. Психологическое  
сопровождение.** – Изд. 3-е. – М.: Теревинф, 2011.  
– (Особый ребенок). – 224 с.  
ISBN 978-5-4212-0044-4

В книге подробно описываются закономерности проявления синдрома раннего детского аутизма на разных возрастных этапах, в том числе в подростковом и юношеском возрасте. Анализируются проблемы семей, воспитывающих детей и подростков с аутизмом. Предлагаются конкретные приемы психологической работы, направленные на развитие эмоциональной сферы ребенка. В книге отражены результаты многолетнего опыта работы специалистов Института коррекционной педагогики Российской академии образования.

*Книга адресована широкому кругу читателей, интересующихся вопросами оказания психолого-педагогической помощи детям с нарушениями аутистического спектра: родителям таких детей, воспитателям и педагогам дошкольных учреждений, психологам, дефектологам, врачам.*



**Нуриева Л.Г.**

**Развитие речи у аутичных детей: Методические разработки.** – Изд. 6-е. – М.: Теревинф, 2012.

– 160 с. ISBN 978-5-4212-0054-3

В книге изложена авторская методика, позволяющая развивать как экспрессивную, так и импресивную речь у детей с ранним детским аутизмом. Большое внимание уделяется созданию мотивации к общению. Методика Л.Г. Нуриевой с успехом применяется для развития речи у детей с сенсорной и моторной алалией. Одна из глав посвящена изложению методики занятий с детьми в возрасте 2–3 лет. К книге прилагается наглядное пособие, необходимое для занятий.

*Для логопедов и других специалистов, работающих с особыми детьми; для занятий с такими детьми дома.*



**Хольц Ренате**

**Помощь детям с церебральным параличом /**

Пер. с нем. А.Н. Неговориной; Под. ред. и с предисловием Е.В. Ключковой. – Изд. 3-е. – М.: Теревинф, 2012. – 336 с.: ил. – (Особый ребенок).

ISBN 978-5-4212-0083-3

В книге, написанной специалистом по физической терапии с многолетним профессиональным опытом, представлен подробный обзор вспомогательных приспособлений и специального оборудования для детей с церебральным параличом. С помощью

этой книги специалисты и родители смогут подобрать для конкретного ребенка необходимые в повседневной жизни вспомогательные средства, разобраться в показаниях и противопоказаниях для их использования. Важная особенность книги в том, что автор не только описывает оборудование различных фирм, но и предлагает множество простых идей, позволяющих самостоятельно изготовить приспособления, которые поддерживают и развивают активность детей, помогают им перейти на новый уровень самостоятельности и участвовать в нормальной детской жизни, невзирая на нарушения развития.

*Для эрготерапевтов и физических терапевтов, педиатров и ортопедов, педагогов специальных школ и, конечно, родителей.*



**Финни Хэнси**

**Ребенок с церебральным параличом: Помощь, уход, развитие: книга для родителей** / Пер. с англ. Ю.В. Липес, А.В. Снеговской; под ред. и с предисл. Е.В. Клочковой. – Изд. 3-е. – М.: Теревинф, 2009. – 336 с. – (Особый ребенок).

ISBN 978-5-901599-82-2

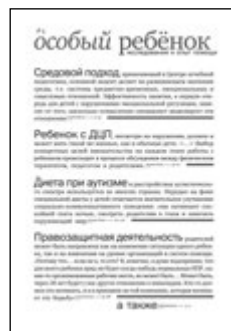
Эта книга – одно из лучших западных руководств по оказанию помощи детям с церебральным параличом. Она дважды перерабатывалась и выдержала множество переизданий. В ней описаны возникающие при церебральном параличе нарушения и обусловленные ими трудности в повседневной жизни ребенка и его семьи. Рассказывается о том, как родители в тесном партнерском взаимодействии со специалистами могут успешно преодолевать эти трудности как на специальных занятиях с ребенком, так и при выполнении обычных ежедневных дел. Автор представила продуманную систему рекомендаций, ориентированную на формирование у ребенка непатологических поз и движений. В центре ее внимания – личность малыша, который в будущем должен стать независимым и активным членом общества.

*Издание адресовано родителям и другим членам семей, в которых воспитываются дети с церебральным параличом, а также специалистам, занимающимся помощью таким детям.*



**Особый ребенок. Исследования и опыт помощи.** Вып. 5: научн.-практ. сб. – М.: Теревинф, 2006. – 208 с. ISBN 978-5-901599-48-9

Впервые подробно описаны некоторые методы работы, успешно применяющиеся в московском Центре лечебной педагогики и других организациях. В первую очередь это относится к средовому подходу, основанному на создании развивающих сред для детей с различными нарушениями развития. В сборнике представлены принципы и конкретные приемы проведения практических занятий: игровое терапевтическое занятие «Круг» для детей с различными, в том числе множественными, нарушениями развития (приведены примеры конкретных занятий и используемых игр); музыкальное занятие и т.д. Новое направление исследований, представленное в сборнике, касается влияния специальных диет на расстройства аутистического спектра. *Для специалистов и родителей детей с нарушениями развития.*





*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"*

*Научное электронное издание*

ОСОБЫЙ РЕБЕНОК.  
ИССЛЕДОВАНИЯ И ОПЫТ ПОМОЩИ  
Выпуск 6-7

Составление и специальное редактирование *М.С. Шапиро*  
Ведущий редактор *М.С. Дименштейн*  
Редакторы *А.Х. Фам, А.М. Попова*  
Дизайн и верстка *И.Э. Бернштейн*  
Корректор *Ю.Г. Яникова*

Подписано к использованию 01.03.2016  
Формат 14,5×21 см.

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