

Факультет психологии
Московского Государственного Университета
им. М.В. Ломоносова

РБОО «Центр лечебной педагогики»

Нейропсихолог

в реабилитации
и образовании

Под ред. Дименштейн М. С.

3-е издание (электронное)

Москва
«Теревинф»
2015

УДК 159.922.7(081.2)(093.3)(092)Цыганок А.А.
ББК 88.4я434Цыганок А.А.+88.8я434Цыганок А.А.
Н45

Н45 **Нейропсихолог в реабилитации и образовании** [Электронный ресурс] / Под ред. М. С. Дименштейн. – 3-е изд. (эл.). – Электрон. текстовые дан. (1 файл pdf : 401 с.). – М. : Теревинф, 2015. – Систем. требования: Adobe Reader XI ; экран 12".

ISBN 978-5-4212-0306-3

В книгу вошли материалы разнообразной тематики, и это прямое следствие междисциплинарного характера проблем, которыми занималась нейропсихолог А. А. Цыганок.

К первому разделу отнесены работы в области афазиологии, посвященные когнитивно-личностным изменениям при поражениях мозга и методам реабилитации речи при афазии. В статьях второго раздела рассматривается широкий круг вопросов помощи детям с нарушениями развития и их семьям, отражающий интересы и направления практической деятельности А. А. Цыганок в период с 1989 по 2007 год. В третьем разделе помещен список основных публикаций.

Книгу завершают воспоминания родных, друзей, коллег, которым выпало счастье тесно общаться с Антониной Андреевной Цыганок.

Книга адресована широкому кругу читателей, в особенности она будет интересна психологам, педагогам, дефектологам.

УДК 159.922.7(081.2)(093.3)(092)Цыганок А.А.
ББК 88.4я434Цыганок А.А.+88.8я434Цыганок А.А.

Деривативное электронное издание на основе печатного издания: Нейропсихолог в реабилитации и образовании / Под ред. М. С. Дименштейн. – 2-е изд. – М. : Теревинф, 2014. – 400 с. – ISBN 978-5-4212-0177-9

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



Содержание

От редакционной группы	9
13 афазиология	
когнитивно-личностные изменения при афазии	15
О нарушении понимания слова при разных формах афазии	15
О некоторых аспектах изменения личности при афазии	22
Нарушение понимания слова при разных формах афазии	31
Психофизиологические корреляты распознавания эмоциональных состояний больными с разной топикой поражения больших полушарий мозга	43
реабилитация речи при афазии	44
Об одном методе групповой реабилитации больных с афазией	44
Социально-психологический аспект реабилитации больных с афазией	52
103 детская нейропсихология	
нейропсихологический подход к диагностике и коррекции нарушений развития у детей	105
Нейропсихологический анализ школьной неуспеваемости среди учащихся массовых школ	105

Нейропсихологический подход к типологии онтогенеза	119
Нейропсихологическое исследование уровня сформированности речевых автоматизированных рядов у младших школьников	134
Нейропсихологический подход к двигательным нарушениям у детей	135
диагностика и коррекция	142
Предисловие редактора выпуска	142
Коррекция пространственных представлений у детей	146
Восприятие музыкальных произведений детьми	154
Опыт Центра лечебной педагогики в диагностике и коррекции нарушений развития детей раннего возраста	163
Развитие базовых познавательных функций с помощью адаптивно-игровых занятий	183
различные аспекты построения педагогической среды	230
Методические рекомендации по организации педагогической среды для детей с эмоционально-волевыми нарушениями и нарушениями общения	230
Общая концепция интегративного детского сада	287
Принципы формирования смешанных групп детей и оптимальное построение единого абилитационно-педагогического процесса в интегративном детском саду	293
Вариативность и индивидуализация в образовании	304
Изоляция или интеграция: два подхода к помощи детям с проблемами развития	309
В какой руке нести портфель?	329

социальная адаптация, интеграция, толерантность	334
Каждый человек бесценен, ибо в сердце у него скрыты неисчислимые сокровища	334
Семья и государство: от противостояния к диалогу	339

343 основные публикации Антонины Андреевны Цыганок

353 in memoriam

<i>Александр Асмолов. Человек света</i>	355
<i>Анна Морозова (Цыганок). Она была для всех только «Тонечкой»</i>	357
<i>Жанна Глозман. Какой мы ее помним</i>	360
<i>Анна Битова, Роман Дименштейн. Остается нашим собеседником</i>	362
<i>Марина Иванова. Близкая всем</i>	364
<i>Белла Котик. Ее знают и в Иерусалиме</i>	365
<i>Татьяна Прибылова. Она оставила частичку себя</i>	366
<i>Юлика Форман. Она была готова помочь во всем</i>	368
<i>Ольга Попова. Отогревала, прикрывала, учила</i>	369
<i>Ольга Седакова. Память о Тоне</i>	370
<i>Наталья Гнатовская (Дузенко). В моей жизни Тонечка была всегда</i>	383
<i>Татьяна Ильина. Нам всем не хватило времени</i>	387
<i>Ольга Почекутова. Жизнь, полная радости и добра</i>	389
<i>Валентина Невидомская. Уйду, не состарившись</i>	391
... И еще три фотографии	396
Об авторах этого раздела	398

Редакционная группа сборника

Асмолов Александр Григорьевич — доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой психологии личности факультета психологии МГУ, Москва

Ахутина Татьяна Васильевна — доктор психологических наук, профессор, заведующий лабораторией нейропсихологии факультета психологии МГУ, Москва

Битова Анна Львовна — дефектолог-логопед, президент РБОО «Центр лечебной педагогики», Москва

Герасименко Ольга Анатольевна — педагог, член правления РБОО «Центр лечебной педагогики», Москва

Глозман Жанна Марковна — доктор психологических наук, профессор, ведущий научный сотрудник лаборатории нейропсихологии факультета психологии МГУ, Москва

Дименштейн Роман Павлович — педагог, председатель правления РБОО «Центр лечебной педагогики», Москва

Константинова Ирина Сергеевна — психолог, секретарь Экспертного совета РБОО «Центр лечебной педагогики», Москва.

Содействие и техническая поддержка

Казарновский-Кроль К.В., Кибрик А.А., Ларикова И.В.,
Мальгинов Ф.М., Туркельтауб Н.А.

От редакционной группы

Составители и авторы посвящают этот сборник памяти Антонины Андреевны Цыганок.

А.А. Цыганок в последние десятилетия внесла в теорию и практику комплексной помощи детям с нарушениями развития вклад, который невозможно переоценить. Ее широкая эрудиция в смежных областях знания, интерес к новым идеям и выдающиеся человеческие качества сделали ее одним из ведущих специалистов в этой сфере.

Антонина Андреевна была талантливым ученым, всю жизнь сохранявшим живой интерес к еще не разгаданным тайнам развития и функционирования мозга и к людям, которым она помогала. Она была необыкновенно доброжелательна, даже бережна к коллегам и всегда готова на практике помочь проверке и развитию новых идей. Дело, которым она занималась, ее видение проблем было принципиально междисциплинарным, и высокопрофессиональные консультации Антонины Андреевны и участие в обсуждениях очень ценились коллегами смежных специальностей, от студентов до профессоров.

Вся жизнь А.А. Цыганок связана с факультетом психологии МГУ им. М.В. Ломоносова. Антонина Андреевна окончила университет в 1972 году, но осталась на факультете — сначала в аспирантуре, затем в лаборатории нейропсихологии: лаборантом, младшим, а потом старшим научным сотрудником. Ее работа вначале была посвящена проблемам исследования речи при афазии, и на эту тему в 1984 году она защитила кандидатскую диссертацию. А.А. Цыганок получила и описала новые интересные данные о механизмах понимания речи и их нарушениях при афазии, об особенностях личности больных с афазией, специфике восприятия музыки и эмоциональных состояний. Почти двадцать лет ее жизни были посвящены помощи больным с поражениями мозга, разработке и применению новых методов реабилитации на базе Клиники нервных болезней ММА им. И.М. Сеченова. Затем научные и практические интересы Антонины Андреевны обратились к детям с отклонениями в развитии.

Будучи одним из создателей детской нейропсихоло-

*Доклад
в лаборатории
нейропсихологии.
1978 г.*



гии, последние 18 лет А.А. Цыганок успешно разрабатывала теоретические основы, создавала и развивала практику комплексной помощи детям с отклонениями в развитии. Все эти годы она была научным руководителем и Председателем Экспертного совета Центра лечебной педагогики. Под руководством Антонины Андреевны Цыганок реализован на практике междисциплинарный подход, обеспечивающий эффективное взаимодействие профессионалов разных профилей в процессе диагностики и коррекционной помощи детям; показаны уникальные возможности междисциплинарной команды специалистов, включающей нейропсихолога, и определены его функции при работе в составе такой команды.

Хотя основным научным и научно-практическим интересом Антонины Андреевны Цыганок всегда оставался нейропсихологический подход к изучению индивидуально-психологических особенностей детей, имеющих проблемы «пограничного» уровня, она принимала постоянное участие в оказании помощи детям с самыми разными проблемами, включая выраженные отклонения в развитии.

А.А. Цыганок руководила реализацией ряда инновационных проектов, нацеленных на отработку основных принципов интеграции детей с проблемами развития и трудностями обучения в образовательной среде обычных сверстников. В рамках этого направления были выделены и изучены типичные группы детей, обучающихся в массовой школе, с точки зрения имеющих у них проблем развития и обучения. На основе нейропсихологического анализа особенностей психической сферы сформулированы рекомендации по обучению детей с различными типами проблем; подготовлены рекомендации по созданию вариативных программ, позволяющих детям с выраженными трудностями постепенно наращивать образовательные возможности, а педагогам осуществлять индивидуализированный подход в рамках общего урока. Под руководством А.А. Цыганок на базе Центра лечебной педагогики отработывалась модель службы социально-психологической помощи детям с острой школьной дезадаптацией.

Антонина Андреевна Цыганок была научным руководителем первых в стране интегративных детских садов — экспериментальных площадок, созданных Центром лечебной педагогики совместно с московской системой образования, где вместе с обычными детьми воспитываются дети с различными нарушениями развития. В ходе эксперимента показана высокая эффективность корректной реали-



В Центре лечебной педагогики. 1995 г.

зации интегративного подхода, разработаны принципы формирования смешанных групп, обеспечивающие успешность интеграционного процесса.

Она руководила также рядом проектов, направленных на преодоление интолерантности в семьях таких детей и вокруг них, формирование навыков толерантности и партнерского взаимо-

действия с другими семьями, окружающим обществом и управленцами государственных структур, укрепление активной жизненной позиции в реализации права ребенка на образование, реабилитацию и интеграцию в обычном социуме.

А.А. Цыганок руководила крупным проектом «Развитие лечебной педагогики в России», в рамках которого поддержано большое число организаций, оказывающих помощь детям с нарушениями развития в различных регионах России и в Украине, проведено обучение специалистов и команд специалистов образовательных и реабилитационных учреждений, а также организаторов образования из многих городов России современным подходам и методам помощи детям с нарушениями развития, проведен ряд межрегиональных семинаров.

Антонина Андреевна Цыганок — автор и соавтор около 100 публикаций, редактор первых пяти выпусков научно-практического сборника «Особый ребенок: исследования и опыт помощи», руководитель многих курсовых и дипломных работ.

Представленный сборник довольно широк по тематике затронутых вопросов, и это прямое следствие междисциплинарного характера проблем, которыми занималась А.А. Цыганок.

К первому разделу отнесены работы в области афазиологии, посвященные когнитивно-личностным изменениям при поражениях мозга и методам реабилитации речи при афазии. Эти работы до настоящего времени не утратили своей актуальности, представленные в текстах результаты исследований и методические рекомендации будут интересны каждому любознательному читателю от студента до практикующего профессионала.

В статьях второго раздела рассматривается широкий круг вопросов помощи детям с нарушениями развития и их семьям, отражающий интересы и направления практической деятельности А.А. Цыганок в период с 1989 по 2007 год. Работая на стыке новейшей теории и передовой практики, она оказывала решающее влияние на результаты работы всего Центра лечебной педагогики, на построение системы помощи детям в Центре. Глубокое понимание проблем ребенка и возможных путей их преодоления, обширный клинический опыт и личный опыт помощи детям с самыми разными нарушениями развития обусловили большую практическую ценность публикуемых работ.

В третьем разделе сборника помещен список основных публикаций Антонины Андреевны Цыганок.

Сборник завершают воспоминания родных, друзей и коллег, которым выпало счастье тесно общаться с этим выдающимся ученым и замечательным человеком. Она обладала удивительным даром дружбы и несла тепло и поддержку в жизнь всех, кто с ней соприкасался. О том, каким человеком была А.А. Цыганок, о ее роли в жизни других людей рассказывается в воспоминаниях.

При подготовке работ к печати редакционная группа руководствовалась принципом крайне бережного отношения к текстам, сохраняя оформление иллюстраций, ссылок и списков литературы так, как это было в первоисточниках.

Надеемся, что эта книга будет интересна многим читателям (в том числе психологам, дефектологам, педагогам и другим специалистам) и даст представление о человеке и ученом, уважаемом и любимом всеми, кому посчастливилось с ней общаться...

афазиология

КОГНИТИВНО-ЛИЧНОСТНЫЕ изменения при афазии

О нарушении понимания слова при разных формах афазии

Л.С. Цветкова, А.А. Цыганок

Наша работа представляет собой попытку исследования механизмов и структуры нарушения понимания речи при афазии.

Нарушение сложного многоуровневого процесса понимания речи давно привлекает к себе внимание многих исследователей, занимающихся изучением афазии.

Так, в афизиологии хорошо известна сенсорная форма нарушения понимания речи, а также дефекты понимания, возникающие при акустико-мнестической и семантической афазиях. При сенсорной афазии дефекты фонематического слуха ведут к распаду звукового состава воспринимаемого слова. У больных с акустико-мнестической афазией расстройства понимания речи связаны с нарушением слухо-речевой памяти [3]. В основе нарушения декодирования сложных смысловых схем речи при семантической афазии лежит расстройство сложного симультанного гнозиса.

До недавнего времени большинство исследователей считали, что дефекты речи у больных с моторными афазиями касаются лишь устной, экспрессивной ее стороны, не затрагивая импрессивной речи. Однако в настоящее время все чаще высказывается мнение о том, что понимание речи при этих формах афазии также страдает. По мнению А.Р. Лурия [4], глубокий распад артикуляторных схем, в норме включенных в акт слухового восприятия, может вызвать вторичные нарушения понимания слов. В работе В.М. Когана [2] есть указания на

возможность нарушения понимания значений слов при моторной афазии. Распад речи под влиянием первичного дефекта может привести к вторичным расстройствам понимания при моторной афазии, отмечает Э.С. Бейн [1]. Наиболее подробно вопрос нарушения понимания речи у больных, страдающих моторными (афферентной и эфферентной) афазиями, был изучен одним из авторов этой работы совместно с Э.В. Ахметовой [9]. В исследовании авторы показали, что понимание речи страдает при моторных афазиях, при этом дефекты понимания были обнаружены на всех речевых уровнях — слова, предложения, текста [9].

В нашей работе мы поставили задачу исследования механизмов и структуры нарушения понимания речи на уровне отдельного слова при разных формах афазии, уделяя особое внимание дефектам понимания, встречающимся при моторных афазиях.

Мы предположили, что решение специальной задачи — изучения расстройства процесса понимания слова при каждой форме афазии — позволит нам ответить и на общий вопрос: является ли симптом нарушения понимания слова частным симптомом, присущим лишь той или иной форме афазии, или же генеральным, имеющим общие звенья в структуре, механизмах и клинических проявлениях при любой афазии, независимо от ее формы.

Методика эксперимента, выбранная нами для решения поставленных задач, состояла из двух опытов: в первом исследовалось понимание слов, обозначающих предметы (существительных), во втором — понимание слов, обозначающих действия (глаголов). Экспериментальным материалом служили группы слов, в каждую из которых кроме основного слова-стимула входило слово, близкое основному по звучанию, слово, близкое ему по значению, и нейтральное слово, далекое по звучанию и значению от основного. Предъявлялись 20 таких групп для существительных и 10 для глаголов. Индикатором понимания служил метод выбора картинки — перед испытуемым помещалась картинка с изображением, соответствующим основному слову-стимулу, и пустая карточка, которую нужно было показывать, когда звучащее слово не соответствовало лежащей перед испытуемым картинке.

Степень нарушения понимания измерялась по двум параметрам: во-первых, фиксировалось латентное время реакции (время понимания — время, проходящее с момента предъявления стимула до реакции испытуемого), и, во-вторых, проводился анализ допускаемых ошибок — неадекватных реакций.

Перед началом работы с больными эксперимент был проведен на 10 взрослых здоровых испытуемых. Слова, которые вызывали трудности или сомнения у данной группы испытуемых, были исключены из эксперимента. Среднее время понимания не превышало 1 сек.

В эксперименте принимали участие 16 больных, которые на основании клинических заключений нейропсихологов были разделены на 6 групп: по 3 больных входили в группы с семантической, акустико-мнестической, сенсорной, афферентной и эфферентной моторными афазиями, также был исследован 1 больной с динамической афазией.

Анализ полученных результатов позволил выделить следующие типы ошибок: 1) грубое отчуждение смысла слова, когда больной при предъявлении нейтрального слова выбирает картинку, 2) ошибки по типу нарушения звукоразличения, 3) ошибки по типу семантической близости.

Результаты эксперимента приведены в таблицах 1 и 2.

При предъявлении задания на понимание существительных у больного с динамической афазией лишь несколько, по сравнению с нормой, затянута поиск картинку, ошибок же он не допускает.

Во всех других группах больных отчетливо выражено нарушение понимания слов, обозначающих предметы.

Таблица 1. *Нарушение понимания существительных*

Форма афазии	Время понимания (в сек.)	Количество ошибок (в %)			
		I тип	II тип	III тип	Всего
Семантическая	2	0	0	7,1	7,1
Акустико-мнестическая	2,4	3,5	3	10	16,5
Сенсорная	2,6	6	10	13	29
Афферентная моторная	2,3	1	2,8	7,3	11,1
Эфферентная моторная	2	0,5	2	4,5	7
Динамическая	1,5	0	0	0	0

Грубее всего понимание слов-существительных страдает при сенсорной афазии, что выражается в затянутом времени понимания и в высоком проценте ошибок. Очень трудны для понимания слова, близкие по значению, высок также процент ошибок по типу звуковой близости. Больные этой группы при предъявлении каждого из четырех слов группы могут показывать одну и ту же картинку, воспринимая как одинаковый звуковой состав различных слов. Следующей по сте-

пени выраженности нарушения понимания значений слов является акустико-мнестическая афазия. Здесь также преобладают ошибки по типу семантической близости. Процент ошибок по звуковому типу меньше, чем при сенсорной афазии, хотя такие ошибки также имеют место. При семантической афазии обнаружены трудности в понимании лишь тех слов, которые близки друг другу по значению.

Дефекты в понимании значений слов обнаружены и при моторных афазиях. Грубые артикуляторные расстройства речи у больных с афферентной моторной афазией приводят не только к вторичным дефектам отождествления некоторых звуков, но и к изменению семантических связей между словами. В этой группе также преобладают ошибки по типу семантической близости, но имеют место и ошибки в понимании слов, близких по звучанию. При эфферентной моторной афазии также ведущими являются ошибки по типу семантической близости, незначительны трудности в понимании слов, близких по звучанию.

Таблица 2. *Нарушение понимания глаголов*

Форма афазии	Время понимания (в сек.)	Количество ошибок (в %)			
		I тип	II тип	III тип	Всего
Семантическая	2,9	0,5	0,5	7,5	8,5
Акустико-мнестическая	3	4	3,5	10	17,5
Сенсорная	3	6	9	14	29
Афферентная моторная	2,8	2	2,5	8	12,5
Эфферентная моторная	3,1	1	1	6	8
Динамическая	3,5	1	0	10	11

Сравнение результатов первого и второго опытов приводит нас к выводу, что понимание слов, обозначающих действия, при разных формах афазии нарушается грубее, чем понимание существительных. Этот факт проявляется, во-первых, в увеличении времени поиска картинки, то есть перешифровка слова-глагола требует больше времени по сравнению с существительным, во-вторых, в увеличении количества ошибок, хотя тенденции в распределении количества неадекватных реакций по типам такие же, как и в первом опыте.

Больной с динамической афазией не допускал ошибок в первом опыте. При выполнении задания на понимание глаголов у больного значительно увеличилось время поиска картинки, в 11% случаев больной допустил ошибки. «Глагольная слабость» у больных с динамичес-

кой афазией связывается исследователями с дефектами внутренней речи [3], [4], [6], [7]. Можно думать, что в основе нарушения понимания слов при этой форме афазии также лежат расстройства внутренней речи.

Произведенное нами на основании количественных показателей распределение форм афазии по степени тяжести нарушения понимания слова и по типам допущенных ошибок составило следующую картину.

По степени тяжести дефектов понимания, что выражалось в общем количестве допущенных ошибок, больные распределились следующим образом: динамическая афазия — 11% ошибок, эфферентная моторная — 15%, семантическая — 15,6%, при остальных формах афазии расстройства понимания выражены грубее: афферентная моторная — 23,6% ошибок, акустико-мнестическая — 34%, сенсорная — 58%.

Распределение форм афазии по ошибкам звукового типа произошло следующим образом: динамическая — 0, семантическая — 0, эфферентная моторная — 3%, афферентная моторная — 5,3%, акустико-мнестическая — 6,5%, сенсорная — 19%.

Аналогично распределение форм афазии и по ошибкам семантического типа: динамическая — 10%, эфферентная моторная — 10,5, семантическая — 14,6, афферентная моторная — 15,3%, акустико-мнестическая — 20%, сенсорная — 27%.

Из описанных распределений видно, что более грубые нарушения понимания слова обнаруживают афазии, возникающие при поражении постцентральных афферентных систем коры головного мозга. Значительный процент в этой группе афазий составляют ошибки звукоразличения (литеральные парагнозии). Эти данные позволяют сделать вывод о нарушении понимания речи в случаях указанных афазий в звене звукоразличения из-за дефектов акустического и кинестетического анализа звуков на сенсомоторном уровне. Вторично возникают дефекты понимания на более высоком уровне, где происходит выбор не звука, а слова из ряда слов одного семантического поля.

Что касается другой группы афазий — динамической, эфферентной моторной и семантической — то здесь практически не нарушено звено звукоразличения, или сенсомоторный уровень организации понимания речи, но нарушение выбора слов из семантического поля выражено отчетливо, ошибок по семантическому типу (вербальных парагнозий) в 10 раз больше ошибок по звуковому типу (литераль-

ных парагнозий). В первой группе афазий количество вербальных парагнозий лишь в 2 раза превышает число литеральных парагнозий.

Вывод о нарушении разных уровней организации процесса понимания речи при разных формах афазии совпадает с имеющимися в литературе данными о дефектах экспрессивной речи у больных с афазией. При динамической, эфферентной моторной и семантической афазиях страдает также более высокий уровень порождения и реализации высказывания.

Наше исследование показало, что нарушение понимания слова сопровождается различными формами афазии, но структура расстройств имеет свои специфические особенности в зависимости от лежащего в основе афазии первичного дефекта.

К общим чертам нарушения понимания слова при всех формах афазии относится, прежде всего, более выраженное нарушение понимания глаголов по сравнению с существительными, а также дефекты понимания близких по значению слов.

Важным для понимания природы афазии является предположение о нарушении перешифровки значений слов как решающем признаке распада понимания речи при афазии.

Литература

1. Бейн Э.С., Овчарова П.А. Клиника и лечение афазий. — София, 1970.
2. Коган В.М. Восстановление речи при афазии. — М.: Изд. ЦИЭТИН, 1962.
3. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. — М.: Изд. МГУ, 1969.
4. Лурия А.Р. Травматическая афазия. — М.: Изд. АМН СССР, 1947.
5. Морозова Н.Г. Воспитание сознательного чтения у глухонемых школьников. — М.: Учпедгиз, 1953.
6. Рябова Т.В. Психологический и нейропсихологический анализ динамической афазии. Дисс., 1970.
7. Цветкова Л.С. Исследование нарушения предикативной функции речи при динамической афазии. В сб. «Психологические исследования». — М.: Изд. МГУ, 1969.
8. Цветкова Л.С. Восстановительное обучение при локальных поражениях мозга. — М.: Педагогика, 1972.
9. Цветкова Л.С., Ахметова Э.В. Нарушение понимания речи при моторной афазии. В сб. «Психологические исследования в практике врачебно-трудовой экспертизы». — М.: Изд. ЦИЭТИН, 1972.

O zaburzeniu rozumienia słów w różnych formach afazji.

Streszczenie

Praca poświęcona jest badaniu mechanizmów i struktury zaburzenia rozumienia mowy na poziomie oddzielnych słów w różnych formach afazji (badano 6 form afazji — według klasyfikacji Lurii). Sprawdzono rozumienie rzeczowników i czasowników, bliskich brzmieniowo, a także bliskich semantycznie. Stwierdzono, że zaburzenie rozumienia słów jest objawem występującym we wszystkich formach afazji i polega przede wszystkim na gorszym rozumieniu czasowników w porównaniu z rzeczownikami, a także na trudności rozumienia słów bliskich znaczeniowo. W pracy wypowiedziana jest hipoteza o zaburzeniu w różnych formach afazji różnych poziomów procesu rozumienia mowy. W afazji sensorycznej, akustyczno-mnesticznej i ruchowej-afarentnej zaburzenie rozumienia słów związane jest z uszkodzeniem poziomu różnicowania dźwięków, tj. z zaburzeniem akustycznej i kinestetycznej analizy dźwięków na poziomie sensomotorycznym. W afazji dynamicznej, ruchowej eferentnej i semantycznej uszkodzony jest wyższy poziom, tj. poziom wyboru słowa z pola semantycznego.

On impairment of word comprehension in various forms of aphasia.

Summary

The paper deals with the problem of the mechanisms and patterns of speech comprehension difficulty at the level of isolated words in various forms of aphasia (examined were 6 forms of aphasia according to Luria's classification). We were interested in the ability to understand nouns and verbs that sounded similarly or denoted related concepts.

The study showed that word comprehension difficulty is a symptom typical to aphasia, as revealed by a worse comprehension of verbs than nouns, and by miscomprehension of words with semantic similarity.

The hypothesis is proposed that different levels of the comprehension process are impaired in various forms of aphasia. For instance, in sensory, acoustic-mnestic, and afferent motor aphasias, word comprehension impairment is caused by difficulty at the level of sound discrimination, that is, acoustic and kinesthetic analysis of sounds at the sensory-motor level. In dynamic, efferent motor, and semantic aphasias, a higher level is disturbed, that of word selection in a semantic field.

О некоторых аспектах изменения личности при афазии

Ж.М. Глозман, А.А. Цыганок

Summary. An experimental study of self-estimation of patients with aphasia carried out by the polar profile method in the course of restorative training is described. It is shown that the aphasia causes substantial changes in the patients' self-estimation that manifest themselves in a disparity of the latter during and before the disease. A comparison with a control group of neurological patients without aphasia showed a specificity of the revealed changes for aphasia and their connection with the communication disruption. As the general and verbal communication restore, a positive course of the patients' self-estimation, and approach of the latter to the premorbid level are noted. A relation between the self-estimation shift and the aphasia form was discovered. A conclusion on diagnostic and prognostic importance of personality examination in aphasia is drawn.

При исследовании личности важно выяснить те психологические образования, которые возникают как прямой итог процессов, формирующих человеческую личность, и которые, в свою очередь, определяют то, как человек относится к явлениям окружающего мира, к собственным статусу, ролям, характеру.

Эти психологические образования личности могут претерпевать изменения, как в процессе онтогенеза, так и у уже сформированной личности под влиянием изменений ее социального статуса, систем общественных и личностных взаимодействий [1]. Одной из частых причин подобных изменений является тяжелое заболевание, приводящее к полной или частичной инвалидизации и потере трудоспособности, например, тяжелое заболевание головного мозга (инсульт, травма, опухоль и др.), сопровождающееся нарушением речи.

Практика наблюдений в клинике за больными с различными формами афазии свидетельствует о том, что дефекты речи приводят

Опубликовано в «Журнале невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова», 1982, № 12, с. 67–72.

не только к нарушению общей и речевой коммуникации больного, но и к изменениям некоторых его личностных характеристик. Действительно, человек, лишенный возможности нормального привычного общения из-за дефектов вербального характера, испытывает определенный социальный дискомфорт. Пострадавшие коммуникативные функции приводят к возникновению у заболевшего человека отрицательных эмоциональных реакций и личностных установок, замкнутости. У них возникает так называемый страх речи. Больные не могут использовать даже те речевые возможности, которые у них есть, для общения с окружающими: результаты, получаемые педагогом в ходе индивидуальных занятий, часто не переносятся в сферу общения за пределы урока [2, 3]. Поэтому учет личностных изменений, наблюдающихся при афазии, необходим в ходе восстановительного обучения. Изменения личности больных с афазией отмечались многими исследователями [2–7]. Однако специальных экспериментальных исследований нарушений личности у таких больных почти не проводилось.

К. Rodgers [8] считал самооценку основой личности, так как все поведение человека должно, по мнению этого автора, совпадать с его представлением о себе. Самооценка непосредственно связана с проблемой самосознания и является обобщенным результатом познания себя и эмоционально-целостного отношения к себе [9]. Самооценка связана также с психологическими механизмами защиты, являясь компенсацией в некоторых случаях неудовлетворенности собой и обеспечивая социально-психологическую адаптацию субъекта к неблагоприятным условиям [10, 11]. Она обеспечивает приятие индивидом самого себя, которое, как показали психологические исследования, позитивно связывается с тем, как он воспринимает других [12]. В связи с этим самооценка становится для человека инструментом самоуправления, обеспечивает связь личности с окружающим миром и в значительной степени определяет характер социального поведения индивида, его активность, продуктивность деятельности, постановку новых целей, определение перспектив взаимоотношения с окружающими людьми и т.д. [13, 14]. Следует учитывать, что самооценка является динамическим образованием: она существенно изменяется в онтогенезе, при изменении жизненных условий, а также при патологии психической деятельности. Поэтому развитие самооценки рассматривается как один из значительных показателей уровня зрелости, а в патопсихологии — сохранности личности [15].

Все это указывает на важность и значимость изучения самооценки при исследовании личности больных с афазией. В настоящее время работ в этой области практически нет.

Мы предположили, что нарушение речи, приводящее к дефектам общей и вербальной коммуникации больного, к изменению всей системы его связей с миром, вызывает существенные изменения самооценки больного. Иначе говоря, в результате заболевания изменяются представления больного о своей личности, эмоциональное отношение к себе и к окружающим. В таком случае восстановительное обучение, расширение коммуникативных возможностей больного должно, как нам кажется, повлиять на возникшее изменение самооценки, сближая ее с самооценкой до болезни.

Для проверки выдвинутой гипотезы было проведено экспериментальное исследование динамики самооценки больных с афазией, в ходе которого мы пытались ответить на следующие вопросы: есть ли расхождения в оценках больными себя в настоящее время и до заболевания, и если да, то одинакова ли степень расхождения для различных качеств личности; зависит ли динамика самооценки от таких факторов, как возраст и пол больного, форма афазии и степень ее выраженности; как влияет на динамику самооценки восстановительное обучение, улучшение возможностей вербальной коммуникации при разных формах афазии.

При исследовании самооценки авторы обращают внимание на сложность ее структуры, которая включает множество параметров, таких как представление испытуемого о себе, представление о своей социальной роли и отношении к окружающим, представление о своем физическом состоянии и здоровье, о своих целях, желаниях, планах на будущее и др. Наиболее распространенным методом исследования самооценки является метод полярных профилей Т. Dembo, модифицированный С.Я. Рубинштейн [16]. Испытуемый должен отметить свое место на отрезке прямой, конечные точки которой обозначают полярные выражения какого-либо качества личности. Измеряется расстояние от поставленной испытуемым отметки до полюсов. Обычно при исследовании самооценки этим методом предлагались такие шкалы, как «здоровье», «характер», «ум», «счастье». Некоторые исследователи в зависимости от характерологических и возрастных особенностей обследуемых групп испытуемых включали дополнительные шкалы, такие как «трудолюбие», «живость», «доброта», «упрямство» и др.

Нам представляется, что при изучении самооценки важно выделить качества личности, отражающие ее смысловые образования, динамично изменяющиеся под воздействием внешних условий, что приводит к изменению социального статуса, жизненной позиции больного. Именно эти качества могут оказывать влияние на степень выраженности речевых дефектов и на эффективность реабилитации больных с афазией. В этом смысле представляет интерес, по нашему мнению, работа С.А. Дорофеевой [7], в которой дана интересная модификация метода полярных профилей. Личностные качества больных оценивались их родственниками по следующим параметрам: эмоционально-волевые качества, активность, отношение к окружающим. Оценка производилась дважды: первая отражала личностные качества больных до заболевания, вторая — после перенесенного инсульта. В работе были получены данные, подтверждающие, что у всех больных, страдающих афазией в результате сосудистой патологии, как реакция на болезнь имеют место определенные изменения личностных качеств.

Нам представляется, что оценка качеств личности их родственниками не всегда адекватна и, самое главное, не дает представления о самовосприятии и самосознании больного и их изменении в результате заболевания. Для решения задачи изучения динамики самооценки больных с афазией мы, во-первых, выбрали те характеристики личности, которые наиболее связаны с вербальной коммуникацией и могут отражать ее динамику, и, во-вторых, учитывая, что шкалирование будут проводить сами больные, а не их родственники, давали такие определения измеряемых качеств, которые были бы доступны пониманию больных с афазией. Иначе говоря, предлагалось развернутое определение каждого качества с привлечением нескольких синонимов, например: «Я очень замкнутый, не люблю общество людей, трудно знакомлюсь с людьми — Я очень общительный, люблю общество людей, легко знакомлюсь с людьми».

Изучение изменений личностных характеристик приводилось по четырем группам качеств: 1) эмоционально-волевые качества, 2) активность, 3) отношение к окружающим, 4) коммуникативность (все-го по четырем шкалам 22 качества).

Между каждыми двумя полярными утверждениями была линия длиной 10 см, на которой испытуемый должен был поставить 2 точки разного цвета: синим при оценке данного качества у себя до болезни, красным — в настоящее время. Измерялось расстояние между

этими двумя точками — «расхождение самооценки». Таким образом, в отличие от традиционного варианта метода полярных профилей мы могли установить не только то, как больной оценивает себя в настоящее время, но и его оценку изменений, происшедших в результате болезни. Подобное шкалирование у большинства больных проводилось дважды: при поступлении больного в неврологический стационар для прохождения курса восстановительного обучения и при выписке, что позволяло наблюдать, как изменяется самооценка под влиянием реабилитации («сдвиг самооценки»). В начале эксперимента на примере двух полярных утверждений: «Я самый счастливый — Я самый несчастный» больному объяснялось задание. Все последующие утверждения читались экспериментатором сопряженно с больным, что позволяло контролировать степень понимания больными предложенного материала.

Для того чтобы дифференцировать изменения самооценки, вызванные нарушением коммуникации при афазии, от изменений, связанных с заболеванием вообще, пребыванием в больнице, нарушением трудоспособности, была обследована по той же методике контрольная группа из 11 больных, госпитализированных в ту же клинику по поводу поражения спинного мозга (5 женщин и 6 мужчин в возрасте от 32 до 57 лет, 7 с высшим и 4 со средним или неоконченным средним образованием).

Кроме того, в эксперименте участвовали 21 больной с афазией (7 женщин и 14 мужчин), из которых у 10 были поражены передние отделы речевой зоны коры мозга (эфферентная и афферентная моторная афазии), а у 11 — задние отделы (сенсорная, акустико-мнестическая и семантическая афазии). 3 больных были моложе 25 лет, 13 — в возрасте от 25 до 50 лет, 5 больных старше 50 лет. У 12 больных было высшее образование, у 9 — среднее или неоконченное среднее. У 15 больных афазия возникла вследствие сосудистого заболевания (инсульт), у 5 — вследствие травмы, и у 1 — после удаления опухоли мозга.

Остановимся, прежде всего, на устойчивости самооценки разных групп больных, т.е. на характере и степени расхождения оценки больными качеств своей личности до и после заболевания.

Анализ результатов показал, что у большинства больных контрольной группы (без нарушений речи) отсутствовало расхождение самооценки до и после заболевания (табл. 1), только у 3 из 11 больных было незначительное расхождение по шкале «активности» и,

прежде всего, по качеству «быстрый и медленный». Среднее расхождение по этой шкале составило 0,5 см. По остальным шкалам расхождение самооценки было еще меньше или отсутствовало совсем. Не отмечалось зависимости от возраста и пола больных. В целом по 22 качествам среднее расхождение самооценки составило 0,2 см, т.е. в основном больные контрольной группы считали, что болезнь не повлияла на исследуемые качества их личности.

Таблица 1. Средние показатели (в см) расхождения самооценки до и после заболевания

	Б. Контрольная группа					Больные с поражением передних отделов мозга					Больные с поражением задних отделов мозга						
	Э	А	О	К	М	в.а.	Э	А	О	К	М	в.а.	Э	А	О	К	М
1	0	2,5	0	0	0,4	37	0	1,2	0	1	0,4	0	1,4	0	0	1,3	1
2	0	0	0	0	0	182	2,4	1,8	0	2	2	225	1,2	3,2	2	1,7	1,8
3	0	0	0	0	0	195	4,3	3	1	2	3	195,5	1,1	0	0	0	0,4
4	1	1,2	0	0	0,04	235	1,1	0	0	0	0,4	189	0,5	2,5	0	0	2,7
5	0	0	0	0,4	0,4	193	3,2	1,8	0	1,4	2,1	134,5	0,5	0	0	0	0,2
6	0	0	0	0	0	114,5	1,3	1,2	0	0,4	1,1	232	2,1	0,7	0	0	1
7	0	2	0	2,3	1,1	281	1,7	1,8	0	1,4	1,4	129,5	1,2	5	0	0	0,6
8	0	0	0	0	0	213,5	7,1	8	4	2,7	5,6	99	4,1	2,5	0	2,9	3
9	0	0	0	0	0	229	1,5	1	0	0	0,8	255,5	1,5	0	0,5	1,7	1,2
10	0	0	0	0	0	135	1,4	0,7	0	0	0,7	159,5	2,4	1,7	0	0	1,3
11	0	0	0	0	0							240,5	5,1	1,7	0	3,9	3,6
с.г.	0,01	0,5	0	0,2	0,2		2,4	2	0,5	1	1,75		1,9	1,6	0,2	1	1,5

Примечания. Здесь и в табл. 2: **Б.** – больной, **в.а.** – выраженность афазии; **Э** – эмоционально-волевые качества; **А** – активность; **О** – отношение к окружающим; **К** – коммуникативность; **М** – общее расхождение показателей по 22 качествам, **с.г.** – в среднем по группе. Больные расположены в порядке увеличения возраста.

В отличие от контрольной в обеих экспериментальных группах больных отмечались выраженные расхождения самооценки по трем шкалам: эмоционально-волевые качества, активность и коммуникативность (см. табл. 1). Шкала качеств, характеризующих отношение к окружающим, оказалась относительно устойчивой. Наибольшие расхождения самооценки были обнаружены в группе эмоционально-волевых качеств. Общий показатель среднего сдвига самооценки по

22 качествам у больных с афазией был в 7–9 раз выше, чем в контрольной группе. Это убедительно показывает, что изменение самооценки при афазии является следствием не заболевания вообще, но нарушения способности к вербальному и невербальному общению, резко изменяющего всю систему социальных взаимодействий больного, т.е. изменение самооценки является важным компонентом синдрома нарушений личности при дефектах коммуникации.

Исследование показало, что степень расхождения самооценки по всем шкалам была выше в группе больных с поражением передних отделов мозга, чем с поражением задних. Не выявлено отчетливой корреляции изменения самооценки с полом и возрастом больных, со степенью выраженности речевых дефектов, определяемой по шкале оценки речи при афазии [17]. Это совпадает с данными Thompson [18] о том, что личностные реакции больных с афазией на свое заболевание зависят в основном не от их возраста или тяжести дефектов, но от индивидуальных особенностей.

Обратимся теперь к анализу влияния восстановительного обучения на динамику самооценки у больных с афазией. 14 из обследованных больных были обследованы повторно в конце цикла индивидуального и группового восстановительного обучения. При этом мы определяли разницу в показателях расхождения самооценки до и после восстановительного обучения — сдвига самооценки.

Количественный анализ результатов в группе из 6 больных с поражением передних отделов речевой зоны (табл. 2) показал отчетливую положительную динамику самооценки (уменьшение степени расхождений между самооценками до и после заболевания) по всем исследованным шкалам (средний показатель сдвига равен 8 %).

В группе больных с поражением задних отделов речевой зоны положительная динамика наблюдалась только у 5 из 8 дважды обследованных больных, а средний сдвиг значительно меньше, чем в первой группе, и равен 0,25 % (см. табл. 2).

Качественный анализ результатов позволяет установить, что в группе больных с поражением передних отделов мозга положительная динамика самооценки наблюдалась в наибольшей степени в группе эмоционально-волевых качеств (сдвиг равен 13 %). В группе больных с поражениями задних отделов мозга наибольшая положительная динамика характеризовала сферу активности больных, а в сфере коммуникативности динамика была даже отрицательной, т.е. степень расхождения между самооценкой до и после заболевания несколько

увеличилась. Эти данные хорошо коррелируют с общей направленностью восстановительного обучения в обеих группах больных: с тенденцией к растормаживанию, снятию скованности, неуверенности в себе, общей и эмоциональной заторможенности больных с поражением передних отделов мозга, а также с тенденцией к затормаживанию избыточной общей и речевой активности, преодолению общей и эмоциональной расторможенности, восстановлению контроля, осознанного отношения к своей речи у больных с поражением задних отделов речевой зоны коры мозга [2].

Таблица 2. Сдвиг самооценки после восстановительного обучения (средние показатели в % от общей величины шкалы — 10 см)

	Поражение передних отделов мозга						Поражение задних отделов мозга					
	э.в.	Э	А	О	К	М	э.в.	Э	А	О	К	М
1								1	0	0	13	5
2							25,5	-3	15	0	-9	-4
3	44,5	23	18	0	1	13						
4	25,5	0	0	0	0	0	36,5	5	25	0	-20	1
5	40	15	-14	0	10	7						
6							30	14	7	0	0	7
7	10,5	3	10	0	0	2	67	-12	30	0	0	-10
8		29	38	15	10	24						
9	38	7	3	0	0	4	19,5	14	0	15	13	10
10							68,5	8	17	0	0	6
11							11,5	-8	-20	-10	-14	-52
с.г.		13	9,3	2,5	3,5	8		2,4	9,2	0,6	-2,1	0,25

Примечания: э.в. – эффективность восстановления.

Сдвиг самооценки в обеих группах больных не зависел от их возраста и пола. Мы проанализировали также корреляцию между показателем эффективности восстановления речи, определенным по шкале оценки динамики речи при афазии [7], и степенью сдвига самооценки после восстановительного обучения. В группе лиц с поражением передних отделов мозга больные так расположились по показателю роста возможностей речевой коммуникации: 7, 4, 9, 5, 3 (см. табл. 2). Видна отчетливая корреляция с порядком увеличения сдвига самооценки: 4, 7, 9, 5, 3. В группе больных с поражением задних отделов речевой зоны мозга подобная корреляция не обнаружена.

Мы полагаем, что этот факт в сочетании с данными о незначительном (а нередко и отрицательном) сдвиге самооценки после вос-

становительного обучения в этой группе больных может объясняться тем, что, как известно, у этих больных вследствие дефекта контроля за своей речью и многоречивости нарушается осознание дефицита своих коммуникативных возможностей [2, 4, 5].

Проведенное исследование показало, что у большинства больных в процессе восстановительного обучения отмечается положительная динамика самооценки: они начинают оценивать себя ближе к тому, как оценивали до болезни, т.е. более оптимистично смотрят на возможности восстановления своего социального статуса, возвращения к прежним интересам и занятиям, у них уменьшается страх речи, сглаживаются отрицательные личностные установки. Эти результаты хорошо коррелируют с данными проведенного ранее исследования, которое выявило у 80 % больных с афазией положительную динамику в сфере коммуникативности [19]. Таким образом, данные нашего исследования подтверждают взаимосвязь изменений личности у больных с афазией и дефектов их речи, а также взаимообусловленность этих явлений и их взаимовлияние в ходе восстановительного обучения.

Литература

1. *Асмолов А.Г., Братусь Б.С., Зейгарник Б.В. и др.* — *Вопр. психол.*, 1979. — № 4. — С. 35–47.
2. *Цветкова Л.С.* Восстановительное обучение при локальных поражениях мозга. — М., 1972.
3. *Цветкова Л.С.* — В кн.: *Проблемы афазии и восстановительного обучения.* — М., 1979. — Т. 2. — С. 145–155.
4. *Лурия А.Р.* Восстановление функций мозга после военной травмы. — М., 1948.
5. *Бейн Э.С.* Афазия и пути ее преодоления. — Л., 1964.
6. *Оппель В.В.* Восстановление речи после инсульта. — Л., 1972.
7. *Дорофеева С.А.* — *Ж. невропатол. и психиатр.* — 1975. — № 8. — С. 1127–1131.
8. *Rodgers K.* Client-centered Therapy. Boston, 1951.
9. *Виноградова Т.В.* — *Вестн. Моск. ун-та. Серия «Психология».* — 1979. — № 2. — С. 56–61.
10. *Зейгарник Б.В.* Патопсихология. — М., 1976.
11. *Снигирева Т.В.* — В кн.: *Вопросы психологии личности.* — Ульяновск, 1977, с. 46–57.

12. Психологические методы в комплексном лонгитюдном исследовании студентов. Под ред. А.А. Бодалева, М.Д. Дворяшиной, И.М. Палей. — Л., 1976.
13. Габриял Т.М. — В кн.: Проблемы патопсихологии. — М., 1972. — С. 105–118.
14. Кузьмина З.В. Новые исследования в психологии. — 1974. — № 1 (9). — С. 21–22.
15. Зейгарник Б.В. Личность и патология деятельности. — М., 1971.
16. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. — М., 1970.
17. Цветкова Л.С., Ахутина Т.В., Полонская Н.Н. и др. — В кн.: Проблемы афазии и восстановительного обучения. — М., 1979, с. 129–145.
18. *Thompson Y.N.* — Bull. Los Angeles neurological Society, 1948, vol. 13, p. 233–236.
19. Социально-психологический аспект реабилитации больных с афазией // Цветкова Л.С., Глоzman Ж.М., Калита Н. Г. и др. — М., 1980.

А.А. Цыганок

Нарушение понимания слова при разных формах афазии

Знание патофизиологических и психологических основ афатического синдрома является необходимым условием точного нейропсихологического анализа нарушений высших психических функций, постановки топического и дифференциального диагноза поражения головного мозга и разработки адекватных методов восстановительного обучения.

Сокращенный вариант автореферата диссертации А.А. Цыганок на соискание ученой степени кандидата психологических наук по медицинской психологии, Москва: факультет психологии МГУ, 1983.

Нарушения понимания речи, возникающие при локальных поражениях мозга, у больных, страдающих афазией, с давних пор привлекали внимание исследователей — неврологов, психологов, лингвистов. В афазиологии известно большое количество работ, посвященных этому вопросу, однако они весьма противоречивы. Многие авторы до сих пор, вслед за первыми исследователями афазии, считают, что понимание речи нарушается лишь при сенсорной афазии и не страдает при моторной. Существует и другой взгляд на эту проблему: нарушение речи, как целостной речевой деятельности, ведет к дезорганизации всей речевой системы в целом, и поэтому в той или иной степени при любом афатическом синдроме страдают различные формы и виды речи.

Несмотря на большой интерес к данной проблеме, нарушение понимания речи на уровне отдельного слова изучалось преимущественно у больных, страдающих сенсорными формами афазии. Систематических экспериментальных исследований этого процесса при других формах афазии практически не было. С другой стороны, до сих пор недостаточно изученным является вопрос о влиянии различных параметров слова на его понимание при разных формах афазии.

Решение данной проблемы позволит уточнить и углубить наши представления, с одной стороны, об афазии, о синдромах различных ее форм, о природе и механизмах нарушения речи при афазии, с другой — сделает определенный вклад в учение о психологии речи, взаимодействии экспрессивной и импрессивной речи, о сложном их единстве. Исходя из представлений о понимании речи как сложном многоуровневом и многозвенном процессе переработки вербальной информации, мы предприняли попытку экспериментального изучения нарушения понимания звучащего слова методами нейропсихологического и психологического анализа, а также попытались исследовать влияние некоторых явлений, известных в клинике афазии, таких как форма афазии, различные характеристики слова и др. на формирование дефекта понимания речи.

В этой связи нами был сформулирован ряд конкретных задач настоящего исследования: 1) выяснение, нарушается ли понимание отдельного слова при разных формах афазии, в том числе и при моторных; 2) изучение вопроса о влиянии или отсутствии общих симптомов в основе нарушения понимания слова при разных формах афазии; 3) выяснение влияния специфических особенностей разных форм афазии на понимание слова; 4) изучение влияния различных

психолингвистических параметров слова на его понимание при афазии; 5) изучение влияния объема зрительного поля на понимание слова при афазии.

Внутри общей проблемы понимания речи занимает особое место, хотя понимание вообще часто сводилось именно к пониманию речи (Дж. Локк и др.). Однако большинство исследователей рассматривают понимание речи как частную самостоятельную проблему. Так, Л.С. Выготский определял понимание речи как процесс, заключающийся в установлении отношений, выделении важного, в переходе от отдельных элементов к смыслу целого. А.Р. Лурия, рассматривая понимание речи как сложную многосвязную и многоуровневую деятельность, выделил целый ряд условий, необходимых для его полноценного протекания. Во-первых, как считает А.Р. Лурия, субъект должен обладать всеми особенностями фонематического слуха и уметь пользоваться фонематическими кодами языка. Во-вторых, необходимо твердо знать слова и логико-грамматические коды языка. В-третьих, важна сохранность симультанного декодирования логико-грамматических конструкций. И, в-четвертых, необходимо нормальное протекание тормозных процессов для выделения существенного и отторгивания лишнего.

Дальнейшее развитие проблема понимания речи получила в трудах Л.С. Цветковой, выделившей 2 формы понимания: простую, протекающую на основе контекстной догадки, и сложную, аналитико-синтетическую, имеющую место при знакомстве со сложным, ранее не встречавшимся текстом. Л.С. Цветкова считает, что в процессе понимания необходимо произвести работу по переструктурированию лексического значения, а также грамматического и семантического, в «психологический смысл». Вслед за Н.Г. Морозовой Л.С. Цветкова выделяет 2 уровня понимания речи: лингвистический, на котором осуществляется анализ значений, и психологический, где происходит анализ смысла информации.

В афазиологии известна и изучена форма нарушения понимания речи при сенсорной афазии. В литературе долгое время главенствовало представление о полной сохранности импрессивной речи при моторной афазии. Известный русский невролог М.Б. Кроль считал, что при моторной афазии не страдает понимание речи, если же такие нарушения отмечаются, то исследователь просто не заметил сопутствующую сенсорную афазию. Эта точка зрения до сих пор встречается в учебной и справочной литературе по неврологии.

Существует и другой взгляд на состояние импрессивной речи при моторной афазии. П. Мари и К. Гольдштейн отмечали нарушения понимания речи и при этой форме афазии, связывая их с интеллектуальными расстройствами. Но чаще в литературе встречаются просто указания на дефекты понимания речи при моторной афазии в форме предположений без феноменологических или же, что особенно важно, экспериментальных доказательств, без гипотез о возможной природе таких нарушений (М.С. Лебединский, В.М. Коган, Э.С. Бейн и др.).

Впервые постановка вопроса о механизмах и структуре нарушения понимания речи стала возможной после создания А.Р. Лурия теории о системном характере локализации высших психических функций в коре головного мозга человека, об их дезинтеграции в случаях локальных поражений мозга. А.Р. Лурия показал неправильность положения о локализации целой функции в отдельном участке мозга — локализуются факторы, входящие в состав различных психических функций. Поэтому и процесс понимания речи, как сложная психическая функция, не может нарушаться лишь при поражении определенного участка мозга, например, его височных отделов. При разных по локализации поражениях мозга страдают и разные уровни и звенья процесса понимания речи. Даже при поражении левой височной области коры головного мозга могут нарушаться два различных фактора, в зависимости от того, какой участок височной доли поражен, что приводит к разным по психологической структуре проявлениям дефекта импрессивной речи.

Нейропсихологический факторный анализ, введенный А.Р. Лурия в психологию, позволил вплотную подойти к исследованиям нарушения понимания речи при разных формах афазии. А.Р. Лурия предполагал, что вторично нарушения понимания речи могут наблюдаться и при афферентной моторной афазии из-за патологии речевых кинестезий, и при эфферентной моторной афазии вследствие нарушения кинетического анализа и т.д. Теоретические положения А.Р. Лурия были подтверждены в дальнейших исследованиях, а также позволили объяснить ранее полученные факты. Подробный анализ нарушений понимания речи при локальных поражениях мозга дан в работах Л.С.Цветковой, которая, в частности, изучала механизмы нарушения понимания речи при поражении лобных долей мозга. Было показано, что в этих случаях страдает активная работа по декодированию смысла сообщения из-за отсутствия анализа текста и

невозможности отторгнуть возникающие побочные ассоциации. Л.С. Цветковой также описаны механизмы нарушения понимания речи при акустико-мнестической афазии, дана их новая трактовка. Таким образом, нейропсихологический анализ позволяет выявить отдельные звенья и уровни в структуре реализации процесса понимания речи, уточнить их роль, соответствие и связь с определенными образованиями головного мозга. Мы исходили из представлений в психологии, лингвистике и психолингвистике о речи как сложном высоко интегрированном процессе, в котором взаимосвязаны различные его стороны, а также звенья и уровни. Афазия, как нарушение речепроизводства и речевосприятия, затрагивая различные компоненты процесса понимания речи, может по-разному отразиться на нем в зависимости от ее механизма и первичного дефекта. Основываясь на анализе литературных данных и собственных клинических наблюдениях, мы выдвинули гипотезу о том, что нарушение понимания речи при разных формах афазии может проявляться уже на уровне отдельного слова, так как слово является важным элементом речи, с понимания отдельного слова начинается понимание целого текста, и оно невозможно без адекватной оценки значений отдельных слов. В свою очередь, слово также характеризуется сложной внутренней структурой, поэтому, базируясь на данных литературы, мы выделили ряд параметров слова, отражающихся на нарушении его понимания при афазии.

Для решения поставленных в исследовании задач применена методика выбора картинки в соответствии со звучащим словом, которая имеет несомненное преимущество перед вербальными методиками, так как исключает участие в эксперименте нарушенной устной речи больных. Методика нами модифицирована и была составлена таким образом, что позволяла изучить влияние на понимание слова тех его параметров, которые отмечались в изученной литературе: звукового и семантического состава, отнесенности слова к определенной грамматической категории, его длины и частотности. Участие в эксперименте больных с различными формами афазии позволило исследовать влияние на понимание слова специфических особенностей каждой формы афазии. Вербальный материал эксперимента состоял из групп слов, при этом каждая группа включала в свой состав: 1) тестовое слово, 2) слово, семантически близкое к тестовому, 3) слово, фонологически близкое к тестовому, 4) слово, не связанное с тестовым ни по звучанию, ни по значению (нейтральное). Между связан-

ными определенным образом словами не должно было наблюдаться других связей. Все слова одной группы относились к одной грамматической категории и имели одинаковую длину — количество слогов и морфем. Все слова одной группы относились к среднечастотным. Имеющиеся различия в нарушении понимания слов позволили оценить роль и этого параметра при анализе результатов. Для нашего эксперимента мы выбрали 25 групп существительных и 10 групп глаголов (всего 140 слов). Среди вербальных стимулов были односложные, двусложные и трехсложные слова.

В I серии эксперимента мы ставили перед собой задачу выявления механизмов и структуры нарушения понимания отдельного слова при различных формах афазии. Были подобраны картинки, соответствующие тестовому слову каждой группы. Эксперимент I серии состоял из 2 опытов: на понимание существительных и на понимание глаголов. Процедура эксперимента в I серии была следующей: испытуемый должен был производить выбор из двух стимулов — перед ним на столе лежала картинка, соответствующая тестовому слову, и пустая карточка. Психологический смысл пустой карточки заключается в материализации возможного отсутствия картиночного аналога звучащему слову. Наличие пустой карточки снимает элемент неуверенности при ответе, организует поведение больного. Испытуемому предъявлялись слова соответствующей группы на слух. Затем менялась картинка и предъявлялись слова следующей группы в случайном порядке.

Во II серии эксперимента перед исследованием ставились специальные задачи: 1) изучение влияния расширенного зрительного поля (количества картинок) на понимание отдельного слова при афазии, 2) исследование характера семантических замен. Был использован тот же вербальный материал, что и в I серии, только соотнесение звучащего слова испытуемым приходилось производить с 5 зрительными стимулами — четырьмя картинками в соответствии с четырьмя словами группы и пустой карточкой, то есть перед испытуемым помещались на столе 4 картинки и пустая карточка, затем по очереди произносились все 4 слова группы, фиксировалась правильность выбора картинки — понимания слова.

Измерялось нарушение понимания слова в обеих сериях по двум критериям: с помощью секундомера отмечалось латентное время реакции (время понимания), проводился подробный количественный и качественный анализ допускаемых ошибок.

В эксперименте приняли участие 63 испытуемых: 20 взрослых здоровых испытуемых (2 контрольные группы по 10 человек) и 43 больных с афазией. I контрольная группа испытуемых участвовала в отборе методического — вербального и картиночного материала. Все слова и картинки, которые вызвали сомнения у данной группы испытуемых, были исключены из методики. Больные с афазией на основании нейропсихологических заключений были разделены на 6 групп: 5 испытуемых с динамической афазией, 7 — с эфферентной и 9 — с афферентной моторными афазиями, 6 — с сенсорной, 10 — с акустико-мнестической и 6 — с семантической афазиями.

В ходе эксперимента было обработано 29 680 ответов. Анализ полученных результатов позволил выделить несколько типов ошибок: грубые ошибки понимания — парагнозии без видимой связи с тестовым словом, литеральные и вербальные парагнозии. При обработке полученных данных подсчитывалось среднее время понимания слова, индексы нарушения понимания слова, удельный вес каждого типа ошибок. Для изучения статистической достоверности различий между полученными рядами данных использовался критерий Уайта, который применяется для оценки несопряженных наблюдений количественных признаков в выборках как одинакового, так и разного объема.

Полученные данные показали, что для контрольной группы испытуемых эксперимент не представляет никаких трудностей, испытуемые этой группы не допускали ошибок понимания, время понимания в обеих сериях не превышало одной секунды.

Нами было выявлено нарушение понимания слова при динамической афазии. Ошибки в основном допускались при понимании тех слов, которые обозначают действия (глаголов), при этом подавляющее большинство ошибок носило характер вербальных парагнозий. Влияние длины слова на его понимание при динамической афазии не было выявлено в нашем эксперименте. Известные при данной форме афазии дефекты устной речи, такие как нарушение активного высказывания, «глагольная слабость», сочетаются с негрубыми, но отчетливыми трудностями понимания отдельного слова.

При эфферентной моторной афазии, центральным механизмом которой является инертность возникающих стереотипов, также выявляется нарушение понимания отдельного слова: отмечаются дефекты понимания как существительных, так и глаголов, но нарушение понимания глаголов выражено отчетливее. На фоне различных ти-

пов ошибок, допускаемых испытуемыми этой группы, преобладают вербальные парагнозии. Влияние длины слова на его понимание при эфферентной моторной афазии, так же, как и при динамической, выявлено не было.

Рассматривая те данные, которые были получены в группе больных, страдающих эфферентной моторной афазией, мы пришли к выводу, что понимание отдельного слова в данном случае выражено грубее, чем при двух уже рассмотренных формах афазии. В этой группе больных отмечалось нарушение понимания как существительных, так и глаголов, хотя и здесь преобладало нарушение понимания глаголов. При выполнении заданий эксперимента встречались ошибки различных типов: значителен процент литеральных парагнозий, что связано с первичным дефектом, лежащим в основе данной формы афазии — нарушением кинестетического анализа. Однако трудности различения слов, близких по значению, преобладают, видимо, происходят смысловые перестройки, вторично возникающие из-за дезинтеграции всей речевой деятельности больного с афазией. Выраженным оказалось влияние длины слова на его понимание при данной форме афазии: проще всего для понимания двусложные слова, самыми трудными оказались короткие слова, состоящие из одного закрытого слога.

Дефекты понимания речи при сенсорной афазии хорошо известны в афизиологии и описаны многими авторами. В нашем эксперименте был еще раз подтвержден этот факт. Было обнаружено, что и испытуемым данной группы труднее понимать глаголы по сравнению с существительными. Хотя здесь процент ошибок фонологического характера очень высок (выше, чем во всех остальных группах), трудности различения близких по значению слов преобладают. Как и при эфферентной моторной афазии, больным данной группы труднее всего понимать короткие односложные слова, которые, видимо, несут недостаточную звуковую информацию, не обладая ею в достаточной или же в избыточной степени, что помогает выдвинуть гипотезу о роли значения слова при нарушенном звуко различении для более точного и быстрого понимания его.

При акустико-мнестической афазии также был подтвержден феномен нарушения понимания слова. Оказалось более выраженным нарушение понимания слов, обозначающих действия, по сравнению со словами, обозначающими предметы. Как и в других группах испытуемых, страдающих афазией, мы получили преобладание вербаль-

ных парагнозий, т.е. больным труднее различать слова, близкие по значению. Увеличение длины слова при данной форме афазии приводит к ухудшению его понимания.

В группе больных с семантической афазией также выявилось нарушение понимания речи на уровне отдельного слова. Эти дефекты выражены не так грубо, как, например, при сенсорной или же акустико-мнестической афазиях, но носят отчетливый характер. Больше страдает понимание глаголов. При практическом отсутствии ошибок звукоразличения выявляются вербальные парагнозии. Негрубо выражено ухудшение понимания слова с увеличением его длины.

Во II серии эксперимента был получен следующий основной результат: было обнаружено, что увеличение объема зрительного поля (количества картинок) не приводит к облегчению процесса понимания отдельного слова, как можно было предположить, а затрудняет его, что выражается в увеличении времени понимания. Отметим, что в контрольной группе взрослых здоровых испытуемых не было различий во времени понимания звучащего слова в I и II сериях эксперимента. Характер допускаемых испытуемыми с афазиями ошибок, их абсолютные показатели и распределение по типам не отличаются от тех данных, которые были получены в I серии эксперимента.

Условно разделив вербальные парагнозии, выявленные у больных с разными формами афазии, на ошибки, связанные с «сужением» или же «расширением» значения слова, мы обнаружили у больных с так называемыми «передними» формами афазии тенденцию к «сужению» значения слова, в то время как при «задних» формах афазии отмечалось преобладание «расширения» значения слова.

Таким образом, в ходе нашего исследования было выявлено влияние специфических особенностей разных форм афазии на процесс понимания отдельного слова, что выразилось в характере допускаемых ошибок, их распределении по типам, в степени выраженности процесса нарушения понимания речи. Однако был получен факт существования общих симптомов нарушения понимания слова, которые имеют место при различных формах афазии. К ним относится, во-первых, более выраженное нарушение понимания глаголов по сравнению с существительными, что объясняется различной внутренней структурой глагола и существительного и разной их ролью в процессе речепроизводства и речевосприятия. Глагол является более емкой частью речи с более сложной смысловой структурой, неся на себе свойство предикативности, глагол практически может отожде-

ствляться с целым высказыванием. Другим симптомом, общим для различных форм афазии, является нарушение понимания близких по значению слов.

Изучение влияния фактора частотности на понимание слова позволило нам сделать заключение о том, что для фонологического уровня слова этот параметр не играет решающей роли в процессе понимания, но на семантическом уровне влияние частотности выражено отчетливо, что еще раз позволяет говорить о связи частотности слова, прежде всего, с его семантической организацией.

Результаты, касающиеся влияния длины слова на его понимание при афазии, оказались также интересными. Так, при динамической, эфферентной моторной и семантической афазиях увеличение длины слова в нашем эксперименте не оказывало влияния на его понимание. При акустико-мнестической афазии, как и следовало ожидать, увеличение длины слова ухудшает его понимание. При сенсорной и афферентной моторной афазиях самыми трудными для понимания оказались короткие слова, состоящие из одного закрытого слога, видимо, несущие слишком малую звуковую информацию для выдвижения гипотезы об их значении в условиях дефицита звуко-различения.

Основные результаты исследования представлены на рис. 1, 2 и 3.

Рис. 1. Средние индексы (Y) нарушения понимания существительных и глаголов при разных формах афазии (1 серия)



Рис. 2. Распределение удельных весов (D) типов ошибок при разных формах афазии в опыте на понимание существительных (I серия)

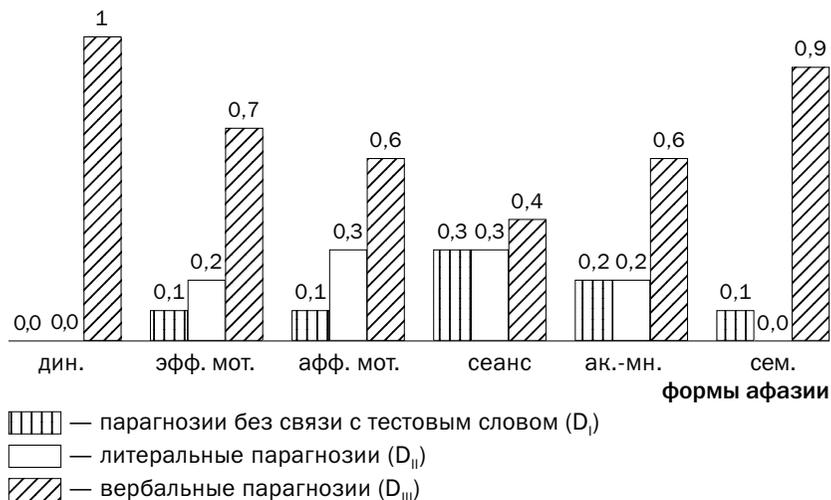
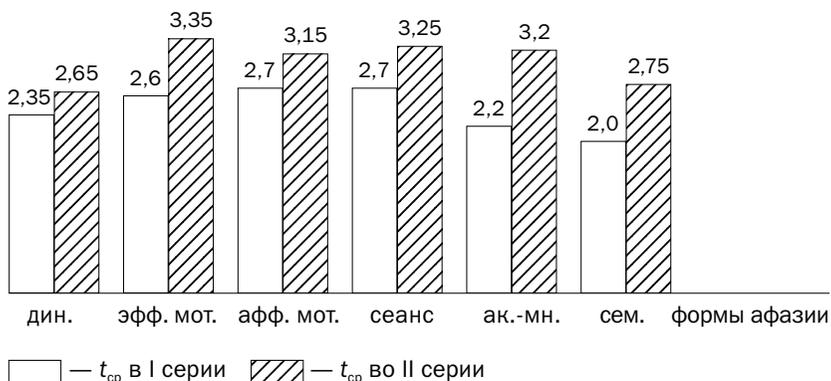


Рис. 3. Влияние объема зрительного поля на среднее время понимания слова (t_{cp} в сек.) в разных группах больных



Наши данные могут внести определенный вклад в изучение процесса понимания звучащей речи, еще раз обращая внимание исследователей на важную роль моторных (как кинестетического, так и кинетического) звеньев в его структуре. При анализе воспринимаемой человеком звучащей информации необходимо учитывать главенству-

ющую роль ее семантических характеристик, а также то, что частотность слова связана прежде всего с его семантической организацией.

Выделение нарушения понимания отдельного слова как общего для различных форм афазии симптома, на наш взгляд, интересно с точки зрения нейропсихологии, так как позволяет уточнить синдромы различных форм афазии с учетом тех специфических особенностей изученного нами процесса, которые связаны с центральными механизмами, лежащими в основе каждой из форм афазии.

Результаты нашего исследования имеют не только теоретическое значение, позволяя уточнить и углубить представления о механизмах нарушения импрессивной речи при афазии, об иерархии отдельных компонентов слова в процессе его понимания. Наши данные найдут применение в практике нейропсихологической диагностики локальных поражений мозга и реабилитации больных с афазией в ходе разработки новых, более эффективных методов диагностического обследования и восстановительного обучения больных с афазией.

Выводы

1. Нарушение понимания отдельного слова имеет место при всех исследованных нами формах афазии: динамической, эфферентной и афферентной моторных, сенсорной, акустико-мнестической и семантической.

2. При всех формах афазии выявляются трудности понимания слов, близких по семантическим характеристикам.

3. При всех формах афазии обнаруживается худшее понимание глаголов по сравнению с существительными, что можно объяснить сложной семантической структурой глагола и его особой ролью в процессе речепроизводства и речевосприятия.

4. Влияние специфических механизмов разных форм афазии на понимание слова выражается в разной степени нарушения изучаемого процесса, а также в распределении различных типов ошибок.

5. Длина слова не влияет на его понимание при динамической, эфферентной моторной и семантической афазиях. Увеличение длины слова отрицательно сказывается на его понимании при акустико-мнестической афазии. При афферентной моторной и сенсорной афазиях наиболее трудны для понимания короткие односложные слова.

6. На уровне звукоразличения параметр частотности значимо не влияет на понимание слова, на уровне выбора значения слова легче всего понимаются слова с высокой частотностью.

Психофизиологические корреляты распознавания эмоциональных состояний больными с разной топикой поражения больших полушарий мозга

О.А. Сидорова, А.А. Цыганок, М.А. Куликов

Опознание эмоциональных состояний по мимике и мысленное воспроизведение эмоций исследовано у больных с локальными поражениями мозга различной этиологии.

Выделено четыре группы пациентов с заднелобными и височными очагами в левом и правом полушариях. Контрольную группу составили взрослые здоровые испытуемые.

В качестве индикаторов эмоциональных состояний выступили произвольные вегетативные проявления эмоционального возбуждения: изменение частоты сердечных сокращений и комплекс объективно измеряемых характеристик кожно-гальванической реакции. Изучались также самоотчеты испытуемых.

Показано, что эмоционально-волевая сфера непосредственно связана со структурно-функциональной организацией головного мозга человека.

При этом выявлена анизотропность (неоднородность) влияний, возникающих при повреждении различных участков головного мозга; отмечается также наличие перекрестного и реципрокного взаимодействия между «задними» и «передними» отделами левого и правого полушарий.

Деятельность разных полушарий связана с актуализацией эмоций определенного знака. Выявляется связь между знаком эмоций и различными вегетативными показателями.

I Международная конференция памяти А.Р. Лурия: Тезисы докладов. — М., 1997. — С. 86.

реабилитация речи при афазии

Об одном методе групповой реабилитации больных с афазией

Ж.М. Глозман, Н.Г. Калита, А.А. Цыганок

Нарушение зрительных предметных представлений, проявляющееся в рисунке, как показали исследования Л.С. Цветковой и одного из авторов этой статьи, имеет место у всех больных с афазией независимо от ее формы. Это нарушение выражается в бедности, однообразии зрительных предметных представлений и трудности их актуализации. Была выявлена взаимосвязь между количеством зрительных представлений, которую больные могут самостоятельно вызвать, и величиной их активного словарного запаса [1, 2, 3, 4].

Это подтверждает положение советской психологии о связи речи с внеречевой предметной деятельностью, о связи слова и его чувственной основы [5, 6, 7, 8].

Одна из задач восстановительного обучения, по мнению Л.С. Цветковой, — работа над речью больного не изолированно, а в связи и в системе воздействий на другие психические процессы (память, восприятие, мышление, на личность больного).

В частности, автор считает необходимой работу над упрочением зрительных предметных представлений при всех формах афазии [1].

Разрабатывая теорию и методы групповых занятий с больными, страдающими афазией, Л.С. Цветкова также подчеркивает значение системного воздействия на речевые процессы и, в частности, необходимость опоры на зрительные образы и представления.

Статья депонирована Министерством здравоохранения СССР в 1979 г., УДК 616.89-003, 434.5-085, 851.6. Опубликовано на английском языке в 1980 г. *Glozman J.M., Kalita N.G., Tsyganok A.A. On one system of methods in aphasic group rehabilitation. // Intern. Journal Rehab. Research, 1980, v.3, # 4, p. 519–526.*

Исходя из этого теоретического положения, мы попытались применить метод рисунка на групповых занятиях с больными, страдающими афазией. Мы применили два варианта метода рисунка: 1) рисование и распознавание изображений отдельных предметов в пределах заданной темы; 2) рисование и распознавание изображений отдельных ситуаций.

Групповое занятие, проводимое с применением первого варианта, включало три основные части: 1-я часть — оживление вербальных ассоциаций по предложенной теме. В этой части применялась групповая беседа на заданную тему с опорой на реальные предметы или картинки, изображающие эти предметы, а также классификация предметных изображений (или реальных предметов) по заданному признаку (например, подарки мужчине или женщине, покупки в продовольственном или промтоварном магазине и т.п.).

Необходимость этой подготовительной фазы была вызвана тем, что, как уже указывалось выше, у всех больных с афазией страдает сфера зрительных образов и представлений по типу их сужения, обеднения и трудностей актуализации. Поэтому и возникает задача их расторможения путем оживлений всех возможных вербальных и зрительных связей слова.

Как правило, использование в занятии реальных предметов положительно влияет на общий эмоциональный фон занятия, повышая вербальную коммуникацию больных, так как больные всегда реагируют на характеристики конкретных предметов (их цвет, форму, материал, стоимость и т.д.), пытаются обсудить их, дать оценку. Возможность манипулирования с реальными предметами позволяет подключить ряд дополнительных афферентаций (зрительную, тактильную, иногда обонятельную), что способствует, как указывала Л.С. Цветкова, оживлению всей системы связей искомого слова и существенно облегчает его называние, с одной стороны, а с другой — оживляет ряд дополнительных вербальных ассоциаций [1, 2]. Например, больной берет серьги, находит на них пробу, показывает ее другим членам группы, что вызывает серию вербальных реакций: «золотые», «это — дорого», «я такие жене» и т.д. На занятиях по теме «медицина» использовались, например, флаконы и облатки с различными лекарствами, бинты, вата, шприц, термометр и др., на занятиях по теме «покупки в магазине» — пакеты, упаковка различных продуктов и т.д. С другой стороны, картинки позволяют расширить отрабатываемый лексический материал, а также очень удобны для применения мето-

да классификации. Следует отметить, что в этой части занятия учитывался и использовался лексический и грамматический материал, отработанный с больными на индивидуальных уроках. Например, на индивидуальном занятии шла тема «посуда». На групповом занятии на тему «подарки» внимание больного было обращено на то, что различные предметы посуды могут быть хорошим подарком женщине. Больной выбрал ряд картинок с изображением посуды, назвал их, вспомнил (с помощью группы) еще несколько предметов посуды, которые можно подарить. Таким образом, на групповом занятии был закреплен лексический материал индивидуального урока.

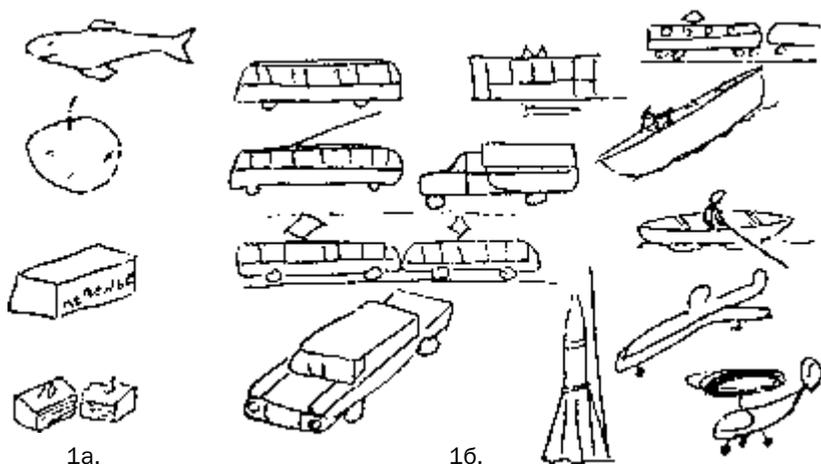
Важно подчеркнуть, что метод классификаций позволял принимать активное участие в работе группы даже больным с грубыми речевыми нарушениями или полным отсутствием экспрессивной речи, так как формой ответа могло быть не только название предмета, но и выбор соответствующей картинки. Очень часто больные с грубыми дефектами речи прибегали к жестовой речи, пантомиме, изображая определенный предмет, который пытались угадать остальные члены группы.

Во второй части занятия педагог убирает наглядный материал, раздает больным листы бумаги и карандаши, рассаживает их за разные столы и просит нарисовать то, что являлось сейчас предметом беседы (например, различные медицинские предметы, виды транспорта, подарки, покупки в магазине и пр.). То есть больной должен вспомнить и воспроизвести зрительные и вербальные ассоциации, вызванные в первой части занятия.

Следует отметить, что не для всех больных эта задача была одинаково доступной. Больные с грубыми, как правило, комплексными нарушениями речевых функций испытывали при этом большие затруднения, иногда отказывались от задания. В таком случае педагог помогал больному, давал дополнительные объяснения, начиная рисунок или выполняя весь рисунок вместе с больным, а в некоторых случаях вновь раскладывал перед больным несколько картинок, превращая задачу рисования по памяти в более легкую задачу выбора и копирования изображений. Характерно, что через 1–2 занятия с применением этого метода у данных больных появлялась возможность рисовать по памяти без опоры на наглядные образы, и педагог сразу же забирал картинки. Как правило, больной давал отчетливую положительную эмоциональную реакцию на расширение своих возможностей, и педагог поддерживал ее, одобряя и поощряя больного в присутствии других членов группы.

Можно было также наблюдать в динамике групповых занятий увеличение объема зрительных образов, улучшение качества рисунков. Так, например, больной Сем., страдающий выраженной комплексной моторной афазией, в начале цикла занятий, когда в первый раз был применен метод рисования, смог нарисовать лишь четыре предмета на легкую для него и отработанную тему «покупки в продуктовом магазине». Через несколько занятий с применением этого метода он нарисовал уже 11 изображений на тему «транспорт» (рис. 1, а и б).

Рис. 1. Б-й Сем. Темы «Продовольственный магазин» (I_в, 13.04.77) и «Транспорт» (I_б, 18.04.77).



И, наконец, в третьей части занятия проводилось распознавание рисунка каждого больного всеми членами группы, иными словами, вставала задача распознавания сенсibilизированных изображений, что способствовало закреплению отработанной лексики. При этом больные могли опять пользоваться картинками. То есть, если больной не мог произнести данное слово, но узнал, что было изображено на рисунке, он находил аналогичное изображение на картинке. Этим способом пользовались также и авторы рисунка, чтобы помочь товарищам угадать его и найти нужное слово. Возможность использовать в качестве ответа выбор аналогичной картинке позволяла

и в этой части занятия принимать активное участие больным с грубыми дефектами или полным отсутствием экспрессивной речи.

Таким образом, при применении этого варианта метода рисунка осуществлялось последовательное упрочение связи зрительного образа предмета с его словесным обозначением с постепенным расширением смысловых связей слова, расширением и упрочением сферы зрительных представлений и последующим переводом зрительного восприятия и представлений на речевой уровень.

Метод рисунка дает широкие возможности использования различных модификаций. Так, например, больным предлагалось кодировать (зашифровывать) рисунками содержание телеграмм, которые они хотели бы отослать своим родным или знакомым. Затем остальные члены группы должны были расшифровать телеграмму-рисунок, т.е. декодировать рисунки в речевые высказывания, узнать, какой смысл заключен в рисунке.

Приведем пример. Выписка из протокола группового занятия от 23.5.77 г., на котором с больными отрабатывалась тема «почта». Группа состояла из четверых больных Ч., С., К., Л., со средней степенью выраженности речевых нарушений. Вначале оживлялись различные речевые ассоциации, связанные с заданной темой, обсуждались операции, которые можно совершать на почте: послать телеграмму, посылку, письмо, получить деньги и пр.

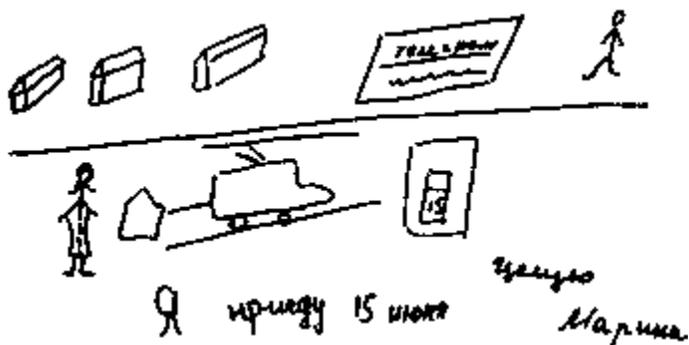
Затем больным было предложено послать телеграммы кому-нибудь из своих родных или друзей. Так как процесс письма вызывал у многих больных значительные затруднения, предлагалось передать смысл, содержание телеграммы рисунками.

Больная Ч., которая чувствовала себя в группе уверенно и являлась ее лидером, так объяснила смысл задания: «Надо ... телеграмма. Писать. Никак. Тогда рисуй... кому надо — поймет».

Каждый больной самостоятельно составлял «текст» телеграммы. Затем всей группе предлагалась зашифрованная рисунками телеграмма, нужно было распознать смысл рисунка-телеграммы, передать содержание словами. Иллюстрируем сказанное примерами:

Рис. 2 — телеграмма больной К. (комплексная моторная афазия). Больная очень скучает по дому, ждет дня выписки. Она сразу рисует на листе бумаги ряд домов, бланк телеграммы и человечка. Это верхняя часть рисунка, отделенная чертой. Внизу нарисована женская фигурка, поезд и лист календаря, на котором написано число «15».

Рис. 2. Б-я К. 23.5.77. Тема: «Телеграмма».



Телеграмма предлагается группе для расшифровки:

Ч.: Вверху — адрес. Да?

К. (соглашается): Да, дома ..., город, улица. Я живу.

Л. (показывая на рисунок человечка): Муж. Это ему?

К.: Да.

Ч.: Дальше я знаю. Это значит «Я приеду 15 июля». Так?

К.: Да, домой хочу.

Иную телеграмму изобразил больной Л. (комплексная афазия: акустико-мнестическая с элементами аферентной моторной; рис. 3).

Рис. 3. Б-й Л. 23.5.77. Тема: «Телеграмма».



Больной долго отказывался выполнять задание, ссылаясь на неумение рисовать. Потом решил отослать телеграмму группе о себе. На его рисунке изображены три фигурки едущего человечка. В конце рисунка человечек сидит за столом.

Больной С. рассматривает рисунок и спрашивает у автора: Ты?

Л. утвердительно кивает.

С.: Что делает? (показывает на человечка за столом).

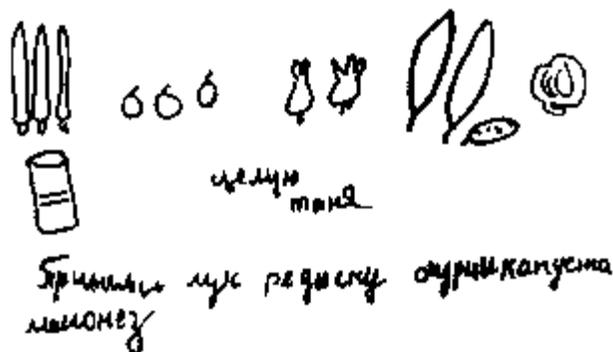
К.: Директор.

С.: Я знаю... Это он.

Берет карандаш и пишет под рисунком: «Я работаю директором».

На телеграмме больной Ч. (комплексная афазия — акустико-мнестическая и афферентная моторная; рис. 4) изображены разные овощи, которые трудно узнать. Внизу стоит подпись «Целую. Таня».

Рис. 4. Б-я Ч. 23.5.77. Тема: «Телеграмма».



Ч. (подсказывает): Я хочу это.

Л.: Какие-то овощи, наверно... капуста, лук.

К.: Со-ску-чи-лась, овощи хо-чет... редиска, огурец.

С.: Посылку прислать.

Общими усилиями текст телеграммы представлен следующим образом: «Пришлите мне лук, редиску, огурцы, капусту». Узнавание рисунков этой телеграммы затруднено из-за их нечеткости, что вызвало споры в группе, совместное обсуждение, т.е. коллективную деятельность по расшифровке содержания телеграммы.

Таким образом, при применении этого варианта метода рисунка больному необходимо, прежде всего, представить себе содержание телеграммы вербально, затем перевести его в зрительный образ и реализовать в рисунке. При расшифровке телеграммы, как и в первом варианте метода рисунка, происходит распознавание сенсibilизиро-

ванных изображений, затем логическое их объединение и уже потом перевод на речевой уровень. В отличие от первого варианта метода этот вариант способствует актуализации не только слова, но и фразы.

В лаборатории нейропсихологии и восстановительного обучения клиники нервных болезней 1 ММИ было проведено 24 групповых занятия с применением метода рисунка, в которых участвовали 84 больных с афазией. Анализ этих занятий показал, во-первых, доступность метода для всех больных независимо от формы афазии и степени ее выраженности, что делает возможным проведение групповых занятий в смешанных группах, во-вторых, его эффективность для восстановления общей и речевой активности больных, расширения их активного словарного запаса и возможностей фразовой речи. В-третьих, применение этого метода в групповых занятиях с больными, страдающими афазией, еще раз подтверждает теоретическое положение о необходимости системного воздействия при восстановлении психических функций и, в частности, эффективности специальной работы, направленной на упрочение зрительных образов и представлений больных при всех формах афазии.

Литература

1. *Цветкова Л.С.* Процесс называния предмета и его нарушение. — Вопросы психологии. — № 4. — 1972. — С. 107–117.
2. *Цветкова Л.С.* Речь и восприятие при афазии. — Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. — № 3. — 1976. — С. 527–533.
3. *Цветкова Л.С. Калита Н.Г.* Нарушение и восстановление называния при акустико-мнестической афазии. — Дефектология. — № 2. — 1976. — С. 3–10.
4. *Калита Н.Г.* О природе и механизмах нарушения номинативной функции речи при акустико-мнестической афазии. Канд. дисс. — М., 1976.
5. *Выготский Л.С.* Избранные психологические произведения. — М.: Изд-во АПН РСФСР. — 1956.
6. *Гальперин П.Я.* Развитие исследований по формированию умственных действий. — Психологическая наука в СССР. — Т. 1. — М.: Изд-во АПН РСФСР, 1959.
7. *Леонтьев А.Н.* Проблемы развития психики. — М.: Изд-во МГУ, 1976.
8. *Лурия А.Р.* Основы нейропсихологии. — М.: Изд-во МГУ, 1975.

Социально-психологический аспект реабилитации больных с афазией*

Л.С. Цветкова, Ж.М. Глозман, Н.Г. Калита,
М.Ю. Максименко, А.А. Цыганок

Глава II. Методы, формы и организация групповых занятий

Все методы мы условно разделили на две группы: в основе деления лежит степень активности методов, намеренности и произвольности их воздействия на речь больных, а также разные задачи, которые решаются этими группами методов.

Первая группа методов предусматривает направленное воздействие на речь, на ее активность, намеренность. К этой группе мы относим следующие методы: беседа, «драматизация», кинометодика, речевые игры.

Вторая группа методов предусматривает не прямое, опосредствованное воздействие на речь. Она включает две подгруппы методов: А) Методы, воздействующие на речь через другие познавательные процессы психической сферы человека — через восприятие, зрительно-предметные образы, мышление и др.; Б) Методы, воздействующие на восстановление коммуникативной функции речи через трудотерапию и музыку. К первой подгруппе относятся методы рисования, классификации предметных изображений, узнавания сенсibilизированных предметных изображений. Ко второй подгруппе методов относятся трудотерапия, терапия занятостью, метод организации отдыха и проведения праздников.

При применении любого метода групповых занятий, исходя из концепции о системности нарушения всех психических процессов при локальных поражениях мозга, необходимо воздействовать не только на речь, но и на другие познавательные процессы и, прежде всего, на восприятие, зрительную память, образное мышление (Цветкова, 1972, 1978). При разработке конкретных методов для занятий с терапевтической группой следует предъявлять к ним ряд требований:

* Главы II и III и заключение из книги: Социально-психологический аспект реабилитации больных с афазией. — М.: Изд-во МГУ, 1980.

— учет сохранности у больных социального опыта и потребности в восстановлении социального статуса;

— подход к афазии не как к изолированному нарушению речи, а как к причине дезинтеграции всей психической сферы заболевшего человека. Поэтому должны применяться методы системного воздействия на психическую сферу больного с афазией; восстановление, прежде всего, способностей общей коммуникации больных;

— методы, применяемые на групповых занятиях, должны обеспечивать возможность проявления таких характеристик малой социальной группы (в нашем случае, терапевтической), как соревнование, взаимопомощь, сотрудничество и др., которые способствуют повышению мотивации больных к речевой коммуникации;

— все методы должны способствовать созданию на групповых занятиях благоприятного эмоционального фона и преодолению у больных отрицательных личностных установок (неуверенности в себе, страха перед речью, отчужденности, замкнутости и др.).

В соответствии с указанными выше общими требованиями каждая группа методов решает конкретную задачу, обуславливающую подбор конкретного вербального и невербального материала.

§ I. Направленное воздействие на речь

Направленное воздействие на речь предполагает использование такой системы методов, которая была бы адресована непосредственно к речи, хотя и не означает прямой работы над восстановлением произвольной формы высказывания. Эта система методов адресуется к разным уровням психологической организации речи (произвольному и произвольному), к разным способам речевого высказывания (вопросно-ответному, групповому, спонтанному), к разным уровням лингвистической организации речи (лексическому, грамматическому и др.), к разным функциям речи (эмотивной, диакретической, номинативной и др.).

Метод беседы

Метод беседы должен широко применяться на групповых занятиях во всех его видах для решения целого ряда задач. Этот метод на всех занятиях, особенно на первом, способствует созданию дружеской, и в то же время, рабочей атмосферы, оказывает стимулирующее воздействие на вербальную и невербальную коммуникацию больных,

основой которой является вопросно-ответная структура беседы, частотность лексико-грамматического материала, интерес к теме беседы, положительно-эмоциональный фон, создаваемый беседой, и др. Благодаря этому беседа способствует повышению общей и речевой активности как каждого члена группы, так и группы в целом, актуализации наиболее упроченных и менее произвольных форм вербальной коммуникации.

Метод беседы направлен на решение ряда общих задач: организация и сплочение группы; создание положительного эмоционального фона; снижение или преодоление феномена «страха речи»; и специальных речевых задач: растормаживание речи; обучение слушанию речи и пониманию вербального и ситуационного контекста; создание условий для активизации непроизвольного вербального поведения больных; закрепление вербального материала, отрабатываемого на индивидуальных уроках, и нового материала, вводимого на групповых занятиях.

Этот метод требует от педагога умения руководить беседой так, чтобы в нее были включены все больные, способности направлять беседу в нужное русло, создавать непринужденный тон, использовать в беседе частотную лексику и простую грамматику.

Процедура применения метода: беседа должна протекать в непринужденной, свободной форме, участники беседы могут сидеть либо передвигаться по комнате, принудительное включение в беседу больных не рекомендуется.

Виды беседы:

— *фронтальная беседа* (педагог ведет диалог с группой, и все вопросы концентрируются вокруг темы, которой посвящено занятие);

— *фронтально-локальная беседа* (тема и вопросы педагога должны быть построены так, чтобы могли спонтанно образоваться локальные подгруппы больных, самостоятельно ведущих беседу внутри общей темы);

— *локальная беседа* (педагог разбивает группу на подгруппы, задает тему для диалога в каждой подгруппе и осуществляет руководство беседой в подгруппах).

По форме проведения выделяются *подготовленная беседа*, в подготовке которой принимают участие педагог и больные. Педагог задает тему для подготовки к следующему занятию и план проведения беседы. Больные должны устно продумать тему, эта тема готовится и на индивидуальном уроке. Такая форма беседы создает пси-

хологическую установку у больных на участие в беседе, обеспечивает знание содержания беседы, лексический материал и т.д. Все это улучшает понимание речи больными в процессе беседы и тем самым повышает коммуникативные возможности больных.

Неподготовленная беседа, которая предусматривает подготовку темы, лексического материала (отработанного с больными на индивидуальных уроках) только педагогом. Для больных тема должна быть неожиданной и интересной. Такая форма беседы, ее произвольность, способствует улучшению устного вербального поведения больных через произвольные формы работы.

Требования к темам бесед. Беседы должны проводиться на темы, либо интересующие всех больных, либо группы больных (случаи из жизни, тема работы, путешествия и т.д.). Темы должны создавать положительный эмоциональный фон.

Метод беседы может применяться как изолированно, так и в системе с другими методами групповых занятий — драматизацией, методом рисунка и т.д. Тогда эта форма беседы выступает как групповая речь и решает ряд других задач: задачу восстановления коммуникативной функции речи, высвобождения речевых резервов больного, преодоление языкового барьера и др. за счет диффузности, ситуативности, стихийности групповой речи.

Приведем пример.

Выписка из протокола группового занятия от 5.1.78 г. Группа состоит из 3 больных: больная А., 50 лет, преподаватель музыки, комплексная моторная афазия; больная К., 32 года, научный сотрудник, комплексная моторная афазия; больная Ч., 40 лет, врач, акустико-мнестическая и семантическая афазия. У всех больных афазия средней степени выраженности.

Целью занятия было знакомство членов группы друг с другом и с педагогом. Педагог представляется группе, затем спрашивает больную Ч.:

— А вас как зовут?

Ч.: Таня. (к А.) А тебя?

А.: Лидия... Ивановна

Ч. (к К.): А ты?

К.: Марина.

Ч. (смотрит на обручальное кольцо К.): Муж есть?

К. (улыбается): Есть... То-лик

Ч.: Сколько лет?

К.: ... Как это.. Я...так... Марина... так три ...нет (*пишет в воздухе пальцем — 35*) трина... не могу.

Педагог: Я Вам помогу, Вам тридцать...

К. (*радостно*): Да! пять... тридцать пять.

А. (*смеется*): Молодая!

Педагог: Совсем молодая! (к А.) А Вы разве старше?

А. (*смеется*): Ой! Я много... ста-ра-я... пять... нет, пя-тисят.

Ч. (к А.): Есть!?

А.: Нет!., Сс-коро! (к Ч.) Вы сколько?

Ч. (*не поняла вопрос*): Дочка Наташа... школа... нет, как это... ин-стут... ну нет (к педагогу) как это... музыка...

Педагог: Музыкальное училище?

Ч.: Да вот это, спасибо...

В ходе дальнейшей беседы больные с большим оживлением задавали педагогу и друг другу вопросы о семье, профессии, интересах. Много вопросов вызвал у больных рассказ педагога о планах и целях последующих групповых занятий. Уже в ходе этого первого занятия в группе создалась теплая дружеская атмосфера, которая поддерживалась и в дальнейшем.

Мы видим также, что в ходе общей фронтальной беседы возникают локальные подгруппы, ведущие фронтально-локальные беседы, т.е. больше беседуют не только с педагогом, но и между собой.

Метод драматизации

Метод драматизации или ролевой игры представляет собой разыгрывание по ролям какой-либо упроченной жизненной ситуации по написанному педагогом сценарию. Основным условием этого метода является создание положительного эмоционального фона, использование частотных тем, частотной лексики и несложного грамматического оформления высказываний. Этот метод широко использует групповую и диалогическую речь, ее эмотивную и диакретическую функцию, что создает благоприятные условия для реализации вербальной коммуникации больных, что, в свою очередь, положительно влияет на индивидуальное и общее настроение группы, создает хорошие условия для взаимодействия и сотрудничества членов группы. Помимо общей задачи — развития речевой активности больных, — этим методом решается и ряд частных задач: оживление наиболее упроченных в прошлом опыте вербальных связей; растормаживание

вание автоматизированных речевых комплексов («спасибо», «до свидания», «здравствуйте», «как ваши дела?», «что у вас болит?», «очень хорошо», «да-да», «проходите», «садитесь», «пожалуйста» и т.д.); восстановление способности вступать в вербальный контакт в контексте ситуации; восстановление конкретных вербальных умений (задать подходящий к ситуации вопрос, ответить на вопрос; вступить в беседу и поддержать ее и т.д.).

Процедура применения метода. Психологом-педагогом (или логопедом) подготавливается специальный сценарий — пишутся отдельные сцены, роли, подбирается соответствующий вербальный и невербальный, а также иллюстративный материал. Перед разыгрыванием какой-либо ситуации (например — «У врача», «Командировка», «День рождения», «Гости» и т.д.) с больным сначала проводится подготовительная работа методом беседы, классификации реальных предметов, или их изображений, в результате чего у больных оживляются смысловые связи, вербальные и зрительно-предметные ассоциации на заданную тему, подготавливается лексика на отрабатываемую тему. Например, больные должны разыграть сцену «У врача». Педагог в ходе беседы обсуждает с группой действия больного на приеме у врача (поздороваться, предъявить жалобы и т.д.) и действия врача (предложить больному сесть, спросить о самочувствии, назначить лечение, выписать рецепт). Вопросы и ответы не заучиваются больными, они лишь составляют план будущей сцены. Здесь же больные знакомятся с «реквизитом», с предметами по этой теме.

Следует подчеркнуть, что больным дается только общий план сценария, они имеют право по своему желанию изменять его, наполнять конкретным вербальным содержанием в соответствии с принятой ролью. Роли распределяются иногда заранее, иногда непосредственно на занятии. Педагог либо играет какую-либо конкретную роль наряду со всеми больными, либо осуществляет общее руководство занятием.

Большое внимание следует уделять подбору *тем, ролей и материала*, которые должны отвечать определенным требованиям: темы и роли должны быть частотными, интересными и привычными для данной группы больных, а вербальный материал должен учитывать форму и степень тяжести афазии, профессии больных, образовательный и культурный уровень.

Нами использовались для занятий следующие темы: «В магазине» (продовольственном, промтоварном, «Подарки»), «В ателье», «В

ресторане», «На приеме у врача», «В транспорте», «На почте», «Встреча гостей», «В гостинице». В ходе драматизации больные используют реальные предметы и картинки, помогающие актуализации лексики по данной теме.

Наш опыт групповых занятий показывает высокую эффективность метода драматизации. Он способствует восстановлению вербальной и невербальной коммуникации больных, преодолевает общий и «вербальный» негативизм больных, способствует восстановлению способности к групповой речи — ее экспрессивной и импрессивной стороны, больные научаются умению вступать в беседу. Метод весьма положительно влияет и на преодоление дефектов в эмоционально-личностной сфере. Все темы, отработанные нами и введенные в практику групповых занятий, оказались эффективными, хорошо принимались больными. Наиболее эффективными были темы «У врача» и «В магазине».

Приведем пример проведения метода драматизации на тему «В магазине “Подарки”». Тема отрабатывается на трех последовательных занятиях; используется система методов: беседа, классификация предметов и их изображений, рисунок. Заканчивается тема занятием по методу драматизации — больными выбираются подарки для своих близких в импровизированном магазине, где на прилавке лежат реальные предметы, обычно встречающиеся в магазине «Подарки» (различная парфюмерия, галантерея, коробки из-под конфет и пр.).

Выписка из протокола группового занятия от 22.II.1978 г. с вышеописанной группой больных Ч., А., К.

Педагог: Займите свои места, начнем. Сегодня мы будем с вами выбирать и покупать подарки в магазине для наших родных и друзей. Кто работает в магазине?

Ч.: Про ... давец.

Педагог: А кто еще есть в магазине?

Ч., А., К. (*хором*): Покупатели.

Педагог: Правильно, хорошо. (*Обращается к А.*) Лидия Ивановна, будьте, пожалуйста, продавцом.

А.: Хорошо.

Педагог (*к остальным больным*): А вас я попрошу быть покупателями. Больная К. входит в импровизированный «магазин».

К.: Здравствуйте... так... прас-ник... по-жа-лу-ста.

А.: Книгу (указывает на «прилавок»).

К.: Нет... так... по-су-да... рум-ки... шеть.

А.: Три рубля

К.: Я купила... светы... это... вот... считайте. Ско-ко стоит?

А.: Пла-тите... деньги.

Приходит второй покупатель.

Ч.: Это... сколь-ко... стоит (показывает помаду)?

А.: Два рубля. Это попана... Нет... не так помата.

Ч. (исправляет): По-мада.

А.: Вам надо?

Ч.: Да... и еще... это (показывает коробку конфет). Сколько?

А.: Три рубля... Это хорошо... редко.

Ч.: И еще... Книжки, Есенин... Счи-тай.

А. (подает): Щеты... нет (смеется).

Ч.: Спасибо.

А.: По-жа-лу-ста.

Ч.: За-верните.

.

Больные довольны занятием, у всех приподнятое настроение, просят еще раз проиграть ситуацию. Они меняются ролями, появляются другие предметы на «прилавке», занятие продолжается. В этих «игровых» ситуациях много смеха, больные оживлены. Тему «магазин» хорошо сопровождать музыкой, которая нередко звучит в реальных (больших универсальных) магазинах. Музыка создает приподнятость настроения, способствует общему оживлению и активизации поведения.

Кинометодика

Этот метод был разработан Л.С. Цветковой и применялся ею на индивидуальных занятиях (Цветкова, 1972, 1975). Затем он получил дальнейшую разработку и применение в практике восстановительного обучения в работах ее сотрудников и учеников (Калита, Пылаева, 1975; Полонская, 1975). Позже этот метод при соответствующей модификации был введен в групповые занятия.

Кинометодика более чем какой-либо другой метод, стимулирует больных к высказыванию, к обсуждению фильма, что ведет к групповой речи. Это важная психологическая характеристика метода. Кроме использования групповой речи этот метод предусматривает использование опоры на зрительно представленную сюжетную ли-

нию и ее вербальную интерпретацию (текст). Метод обеспечивает также реализацию и группового сотрудничества, а также воздействие таких факторов малой социальной группы, как взаимопомощь, эмпатия, соревнование.

При демонстрации фильмов (диафильмов) процедура реализации этого метода может быть (и должна быть) разной. Она зависит от многих факторов: формы и степени выраженности афазии, возрастного и культурного уровня членов группы, от задач, которые ставятся педагогом в каждый данный момент, и т.д. Поэтому этот метод имеет несколько вариантов.

Первый вариант методики направлен на восстановление общего понимания речи и элементарной экспрессивной спонтанной речи. Он применялся в группах больных с тяжелой формой афазии или полным отсутствием спонтанной речи.

Второй вариант направлен на восстановление дифференцированного понимания речи и расширение коммуникативных возможностей больных и предназначен для больных с легкой и средней степенью выраженности афазии.

Процедура применения метода (первый вариант методики). Больным последовательно предъявляются кадры диафильма. Каждый кадр активно *рассматривается* больными, они *слушают* к нему текст, который подается с магнитофона (или читается педагогом), и одновременно «про себя» *читают* подписи под кадрами, т.е. работают по программе, последовательно выполняя операции: *смотрят* — *слушают* — *читают*.

После предъявления каждого кадра педагог задает больным простые вопросы типа «кто?» или «что делает?». Больные отвечают на вопросы, используя жестовую речь, отдельные слова, либо показывают отвечающий вопросу фрагмент кадра, т.е. выполняется программа: *слушают* (вопрос) — *смотрят* (кадр) — *отвечают*.

Такая работа проводится со всеми кадрами фильма. После этого больные смотрят весь фильм целиком. Затем проводится «групповой» пересказ фильма в целом по вопросам.

В конце занятия группа обсуждает фильм. Обсуждение ведется в вопросно-ответной форме речи. Таким образом, работа проводится по следующей программе, каждый пункт которой направлен на выполнение больными отдельных, взаимосвязанных речевых операций, в целом приводящих к выполнению задачи на понимание и составление высказывания: 1) пок кадровый просмотр фильма, 2) слушание

текста с 3) одновременным чтением текста. На основе этих операций происходит понимание содержания. После этого больные выполняют операции по формированию устного высказывания: 4) ответы на вопросы по содержанию каждого кадра, 5) просмотр фильма целиком, 6) пересказ содержания всего фильма по вопросам, 7) обсуждение фильма.

Приведем пример.

Выписка из протокола группового занятия от 8.УП.1979 г.

Метод: Кинометодика. Материал — диафильм «Красная Шапочка» (с пластинкой). Группа состояла из 3 больных: больной Т., 49 лет, научный сотрудник, сенсомоторная афазия грубой степени выраженности; больной Лук., 59 лет, инженер, сенсомоторная афазия грубой степени выраженности; больная Б., 56 лет, педагог, комплексная моторная афазия средней степени выраженности.

Больные просматривают отрывок из диафильма и прослушивают звуковое сопровождение к нему. Затем снова предъявляются эти кадры диафильма, и больные отвечают на вопросы.

Педагог: Кто жил в домике?

Т.: Бабушка... с нет... (жестикулирует) довочка... хорошо.

Лук. (добавляет): Мо-ло-ая девочка.

Педагог: Кто с ней жил?

Т. (подходит к экрану и показывает на кадре): Вот... все, мама... бабушка... и... все.

Б. (добавляет): Мама... любила... де-во-чка.

Педагог: Что подарила бабушка?

Лук.: Плате для ша-почки.

Т. (исправляет): нет... ну как... шапочку (подходит к экрану и показывает на кадре шапочку).

Лук.: Красный шапочка, правильно.

И т.д.

После просмотра и группового озвучивания всех кадров фильма начинается групповая беседа и обсуждение фильма.

Как видно из приведенного примера, опора на кадр диафильма (зрительно представленную сюжетную линию) помогает больным находить нужные слова-наименования. В случаях затруднений больные часто подходят к экрану и показывают соответствующее изобра-

жение. Далее мы видим, что этот метод (кинометодика) способствует групповому взаимодействию и взаимопомощи: больные помогают друг другу (вербально или жестами) исправлять ошибки, находить нужные слова, что создает чувство удовлетворенности от совместно выполненного задания.

Второй вариант методики. Больные смотрят весь диафильм и сами читают вслух титры к каждому кадру либо слушают звуковой текст к фильму, т.е. работают по программе: читают — смотрят — слушают.

По окончании диафильма педагог *задает вопросы* по всему содержанию фильма или больные сами *задают друг другу вопросы*. Больные *отвечают на вопросы* без опоры на кадры, т.е. выполняется программа: слушают (вопрос) — отвечают.

В случае затруднения в нахождении ответа, а также при возникновении неуверенности в его правильности хотя бы у одного члена группы педагог показывает соответствующий вопросу кадр, т.е. больных возвращают к более развернутой программе: слушают (вопрос) — смотрят (кадр) — отвечают.

Затем больным повторно показывают фильм, и они самостоятельно его озвучивают, т.е. работают по программе: смотрят (кадр) — составляют предложения (по кадру).

В заключение вся группа обсуждает фильм.

Следует отметить, что этот вариант кинеметодики позволяет проводить работу над наиболее сложными для больных с афазией формами речевого высказывания: вопросно-ответными единствами, которые имеют первостепенное значение для реализации речевой коммуникации.

Материал занятия. Для такой работы могут быть использованы диафильмы по мотивам сказок, коротких рассказов, хорошо известные больным. Следует отметить эффективность музыкального и звукового сопровождения фильмов для более полного понимания текста, а также для создания благоприятного эмоционального фона занятия. Например, звучание различных музыкальных инструментов (скрипка, труба, балалайка, барабан) в фильме «Бременские музыканты» помогает понять и назвать наименования этих инструментов, а грустная мелодия к фильму «Дикая лебеди» способствует сопереживанию злоключениям героини. Применение музыки в этих случаях решает общие психотерапевтические задачи, благоприятно влияет на настроение каждого члена группы и группы в целом.

Речевые игры

Малая терапевтическая группа, как правило, включает больных с разными формами афазии и с разной степенью ее выраженности. Поэтому методы, разработанные нами, направлены, прежде всего, на преодоление таких дефектов речи, которые имеют место при всех формах афазии. (Ниже мы будем называть их общеафатическими дефектами.)

К ним, как известно, относятся нарушение смысловых связей и понимания слова, бедность словарного запаса и зрительных предметных представлений, аграмматизм при построении фразы и др. (Коган, 1962; Цветкова, 1972; Глозман, 1974; Цветкова, Цыганок, 1977).

Общей задачей специально созданных видов речевых игр является работа над восстановлением экспрессивной и импрессивной речи на произвольном уровне. Игровая ситуация создает ряд дополнительных факторов для развития речевой коммуникации больных. Например, в этой ситуации особенно эффективно действуют характерные для групповой деятельности мотивы: соревнование, стремление к самоутверждению в группе, желание заслужить одобрение товарищей, сопереживание, взаимопомощь. *Материал показал, что в ситуации игры больные часто продуцируют фразы, значительно превышающие их обычный уровень вербальной коммуникации.*

Игровая ситуация нередко применяется для индивидуальной и групповой терапии больных с афазией (Коган, 1962; Цветкова, 1972; Aronson et al., 1956; Schlanger, 1966, 1970). Однако различного рода речевые и неречевые игры (лото, карты, домино, шахматы и др.) применяются, прежде всего, для концентрации внимания больных, ротормаживания спонтанных речевых реакций, либо в целях психотерапии. Исходя из того, что групповые занятия с больными с афазией должны быть, прежде всего, методом восстановления речи и других форм коммуникации, а уже в силу этого методом преодоления изменений личности (Цветкова, 1979), мы разработали ряд речевых игр (различные виды лото и домино), решающих специально речевые задачи восстановления определенного пласта словаря в соответствии с общей программой групповых занятий и задачей, и тематикой отдельных занятий.

Речевое лото. Специальной задачей этого вида игры является работа над пониманием значений слов, обозначающих предметы и действия, и их называнием.

Применение речевого лото дает неограниченные возможности для использования различного вербального и картиночного материала. Оно позволяет брать для «обыгрывания» слова, различные по частотности, тематике и грамматической форме (существительные, глаголы, прилагательные).

Известно, что при афазии сужается словарь, нарушается актуализация слов различных грамматических категорий. Актуализация слов-глаголов нарушается наиболее грубо при эфферентной моторной и динамической формах афазии (Лурия, 1947; Бейн, 1964; Лурия, Цветкова, 1968; Цветкова, 1972; Ахутина, 1975). Однако, как показал ряд исследований, актуализация глаголов нарушается и при других формах афазии (Ахутина, Полонская, Цветкова, 1978; Цветкова, Цыганок, 1977). Учитывая необходимость специальной работы над восстановлением называния и понимания глаголов, нами была разработана и рекомендуется специальная форма речевого лото — «Глагольное лото».

Процедура применения метода. Больным раздаются одна или несколько больших картин с сюжетными картинками или набором предметных изображений на отрабатываемую тему (отдел магазина, ателье или в игре «Глагольное лото» — картинки, соответствующие глаголам различной частотности: высокой (ест, пьет, спит) и более низкой (пилит, копает, измеряет, фотографирует). Каждому глаголу соответствует несколько различных изображений этого действия в разных ситуациях. Так, глаголу «играет» соответствуют картинки — шахматисты, волейболистки, пианист, скрипач и т.д.

Ведущий берет из лежащей на столе стопки маленькие карточки с изображениями отдельных предметов (действий), фигурирующих на больших картах, называет их, показывая или не показывая (усложненный вариант) их другим членам группы. Играющие находят и закрывают на своих больших картах все картинки, соответствующие названным.

В группе больных с выраженными нарушениями импрессивной речи (феноменом «отчуждение смысла слов») рекомендуется игру проводить дважды: первый раз с показом картинки, т.е. с опорой на зрительный образ предмета или действия; второй — для закрепления — без показа картинки. Ведущим может быть один больной на протяжении всей игры либо все больные по очереди.

Речевое лото может быть применено в работе с больными независимо от формы и степени выраженности афазии, так как больные

с легкой степенью нарушений могут участвовать в этой игре на уровне экспрессивной речи в качестве ведущих, а больше с грубыми нарушениями речи могут принимать участие в игре на уровне импрессивной речи, находя изображения на своих картах, соответствующие звучащим словам — наименованиям.

Приведем пример.

Выписка из протокола группового занятия от 13.XII.1976 г.

Метод: речевая игра «Глагольное лото».

Группа состоит из 3 больных: больной Ш., 37 лет, рабочий, комплексная моторная афазия грубой степени выраженности; больной Тур., 25 лет, студент, акустико-мнестическая и афферентная моторная афазия средней степени выраженности; больная Кв., 20 лет, после окончания средней школы еще не работала, комплексная моторная афазия средней степени выраженности.

Педагог раздает больным по две больших карты. Маленькие карточки-картинки лежат на столе вниз изображениями. Все участники игры по очереди берут картинки и называют изображенные на них действия.

Кв. (берет картинку с изображением автомобиля): Идет.

Ш. (исправляет Кв.): Вот (показывает на другой рисунок, изображающий идущего мальчика).

Тур.: Идет (показывает на свою карточку, на которой изображен поезд).

Ш. (возражает Тур.): Нет, нет... Так... Едет.

Тур. (просит помощи у Ш.): Вот здесь. Здесь можно? (показывает изображение троллейбуса).

Ш.: Не знаю.

Кв. (помогает Тур.): Не знаю... Стоит? Нет, едет.

Все больные закрывают фишками картинки, соответствующие глаголу «едет», и т.д.

Из приведенного фрагмента занятия по методу «Глагольное лото» хорошо видно значительное влияние фактора взаимопомощи и взаимодействия больных в процессе занятия, что имеет большое значение для развития вербальной коммуникации.. Кроме того, анализ протокола показывает, что этот метод способствует расширению смысловых связей слов, стимулирует больных к диалогу, создает условия для их произвольного общения, т.е. создает нормальную речевую среду.

Речевое домино. Специальной задачей этой игры является стимуляция фразовой речи больных с афазией. Так как при всех формах афазии нарушается предикативность высказывания (Лурия и Цветкова, 1968; Цветкова и Глозман, 1978), необходимо создать для больных такую речевую ситуацию, в которой им заданы в виде предметных изображений субъект и объект действия, и необходимо найти предикат, объединяющий их в высказывание. Этим задачам и отвечает метод «речевого домино».

Процедура применения метода. 36 карточек с предметными изображениями были сделаны в форме домино (по 2 изображения на каждой карточке). Правила игры должны соответствовать правилам игры в домино. Ведущий раздает по 7 карточек каждому играющему и делает первый ход — ставит любую карточку. Следующий играющий должен к любому из двух изображенных на карточке предметов выбрать подходящий из имеющихся у него 14 предметных изображений. От больного не требуется составление фразы. Он должен только «объяснить», почему выбранное им предметное изображение подходит к первому. Такая постановка задачи отвлекает внимание больного от грамматической и лексической структуры фразы и переводит речевую деятельность — составление фразы — на менее произвольный уровень. Здесь целью является речевое высказывание; задачей же, способствующей реализации речевого высказывания, является классификация предметных изображений. Кроме того, этот метод позволял больным с грубыми нарушениями или полным отсутствием спонтанной речи использовать жестовую речь, мимику, остальные речевые возможности. Задача считалась решенной, если остальные играющие поняли и приняли принцип объединения изображений.

Приведем пример реализации этого метода.

Выписка из протокола группового занятия от 10.02.1978 г.

Метод: игра «речевое домино».

Группа состоит из 3 больных женщин: больная А., 50 лет, преподаватель музыки, комплексная моторная афазия; больная Ч., 40 лет, врач, акустико-мнестическая и семантическая афазии; больная К., 32 года, научный сотрудник, комплексная моторная афазия. У всех больных афазия средней степени выраженности.

Педагог объясняет правила игры в домино и раздает всем по 7 карточек.

Педагог: Кто первый?

Ч.: Вы, конечно!

Педагог кладет первую карточку, изображающую холодильник и зайца. К. (начинает игру, подкладывает картинку «пшеница» к «холодильнику»): Мука...пи-ро-ное...хо-ло-диль-ник.

Ч. (удивляется): Пирож-ное... в... хо-ло-дильник?

Педагог (разъясняет): Из пшеницы сделали муку, испекли пирожное и положили в холодильник.

Ч.: У меня лучше. Этот вот... ну... Зайчики любят мор-ковь (к «зайцу» кладет картинку «морковь»/«магазин»).

А. (прикладывает картинку с изображением женщины к «магазину»): Жен-щина пойду... (исправляется) женщина пошла... ма-га-зин

Педагог (к «пшенице» кладет картинку «хлеб»/«телевизор»): Из пшеницы пекут хлеб.

К. (к картинке «телевизор» кладет картинку «цирк»): Я по-смотре-ла... телевизор... цирк и т.д.

Как видно из протокола, карточный вариант подобран таким образом, чтобы каждый из изображенных предметов имел несколько наиболее частотных ситуативных и вербально-логических связей с другими предметными изображениями. Например, картинка «собака» может быть объединена и с картинкой «дом», и с картинкой «мясо» и т.д. Это создает благоприятные условия для актуализации и употребления разнообразной лексики и грамматики. Кроме того, этот метод способствует вербальной коммуникации еще и потому, что перед больными нередко возникает задача аргументировать выбранный принцип объединения картинок.

Таким образом, как показывает психологический анализ первой группы методов, они действительно эффективны в решении задачи восстановления общей и вербальной коммуникации больных.

§ 2. Непрямое воздействие на речь

А. Методы, воздействующие на речь через другие познавательные процессы

У всех больных с афазией, независимо от ее формы, имеет место нарушение зрительных предметных представлений (Цветкова, 1972; Калита, 1976). Поэтому нами была разработана система методов, общей задачей которых является преодоление этих дефектов гности-

ческой сферы и восстановление связей между образом и словом. Эта система включает строгую последовательность и взаимосвязь методов: 1) классификация предметных изображений; 2) рисунок; 3) узнавание сенсублизированных изображений (рисунков больных). Эти три метода составляют содержание одного группового занятия.

Эти методы можно применять как на индивидуальных, так и на групповых занятиях. Психологические особенности применения этих методов на групповых занятиях заключаются в том, что совместное выполнение отдельных действий больными по классификации предметов или по рисованию формирует общую групповую деятельность больных, в которой реализуется социальная сторона речи, с одной стороны, и ее опора на групповой продукт образного мышления (узнавание рисунков) — с другой.

Процедура применения системы методов. Как указывалось выше, система методов включает три основные части:

Классификация. В этой части применяется групповая беседа на заданную тему с опорой на реальные предметы или картинки, изображающие эти предметы, а также классификация предметных изображений (или реальных предметов) по заданному признаку (например, подарки мужчине или женщине, покупки в продовольственном или промтоварном магазине и т.п.). Необходимость этой подготовительной фазы вызвана тем, что, как уже отмечалось выше, у всех больных с афазией страдает сфера зрительных образов — представлений по типу сужения их объема, обеднения и трудностей актуализации. Поэтому и возникает задача их растормаживания путем оживления всех возможных вербальных и невербальных связей слова.

Как правило, использование в занятии реальных предметов положительно влияет на общий эмоциональный фон занятия, повышая вербальную коммуникацию больных, так как больные всегда реагируют на характеристики конкретных предметов (их цвет, форму, материал, стоимость и т.д.), пытаются обсудить их, дать оценку. Возможность манипулирования с реальными предметами позволяет подключить ряд дополнительных афферентаций (зрительную, тактильную, иногда обонятельную), что способствует оживлению всей системы связей искомого слова и существенно облегчает его называние, с одной стороны, а с другой — оживляет ряд дополнительных вербальных ассоциаций (Коган, 1962; Цветкова, 1972, 1975).

С другой стороны, картинки позволяют расширить отработанный лексический материал, а также очень удобны для применения

метода классификации. Следует отметить, что в этой части занятия учитывается и используется лексический и грамматический материал, отработанный с больными на индивидуальных уроках. Например, на индивидуальном занятии шла тема — «посуда». На групповом занятии на тему «подарки» внимание больного обращается на то, что различные предметы посуды могут быть хорошим подарком женщине. Больной выбирает ряд картинок с изображением посуды, называет их, вспоминает (с помощью группы) еще несколько предметов посуды, которые можно подарить.

Необходимо подчеркнуть, что метод классификации позволяет принимать активное участие в работе группы даже больным с грубыми речевыми нарушениями или полным отсутствием экспрессивной речи, так как формой ответа может быть не только называние предмета, но и выбор соответствующей картинки. Очень часто больные с грубыми дефектами речи прибегают к жестовой речи, пантомиме, изображая определенный предмет, который пытались угадать остальные члены группы. И, наконец, этот метод, как и другие методы в этой системе, переключает внимание больного с речевой деятельности на предметную, создавая тем самым благоприятные условия для актуализации произвольных форм речи.

Приведем пример.

Выписка из протокола группового занятия от I.X.1975 г. Тема занятия: подарки к празднику. Группа состоит из 6 больных: больной Лаз., 75 лет, инженер, комплексная моторная афазия легкой степени выраженности; больной С., 72 года, инженер, акустико-мнестическая и семантическая афазии легкой степени выраженности; больной Г., 55 лет, инженер, акустико-мнестическая и семантическая афазии легкой степени выраженности; больной Зав., 47 лет, инженер, комплексная моторная афазия грубой степени выраженности; больной Гор., 57 лет, административный работник, комплексная моторная афазия грубой степени выраженности; больной И., 38 лет, электрик, комплексная моторная афазия грубой степени выраженности.

Вначале все члены группы обсуждают, в каких случаях дарят подарки. Начинают обсуждение хорошо говорящие больные, но постепенно в нее вовлекаются и больные с грубыми нарушениями речи.

Лаз.: День рождения... ю-би-ей, и-ме-нины.

С.: Круглые числа.

Лаз.: Семь-десят... лет... ление.
Г.: Серебрянная свадьба, золотая.
С.: Крестины.
Г.: Или, допустим, 5 раз женился.
Гор.: Ну это!.. (*жест неодобрения*).
Зав.: Девушка... всегда.
Г. (*исправляет*): Восьмого марта.
Лаз. (*не соглашается*): А Новый год?... и т.д.
Педагог: А теперь рассмотрим эти предметы и картинки и решим, что можно подарить женщине, а что мужчине.
Больные перебирают и рассматривают предметы на столе.
Г.: Медальон.
С. (*исправляет*): Кулон.
Г.: Цепи не хватает.
И. жестом и смехом показывает, что Г. ошибся.
Г. (*исправляет сам себя*): Цепочки.
Зав.: Вазы.
Г.: Шампанское и немного коньяку.
Гор. (*возмущенно*): Нет, это не надо.
Зав.: Не дарят коньяк... платок.
Г. (*насмешливо*): Носовой.
Общий смех.
Зав. (*показывая картинку*): Галстук.
Гор.: Нет, не надо.
И т.д.

Рисунок. Во второй части занятия педагог убирает наглядный материал, предлагает больным бумагу и карандаши, рассаживает их за разные столы, просит нарисовать то, что являлось сейчас предметом беседы (например, различные медицинские предметы, виды транспорта, подарки, покупки в магазине и пр.). Больной должен вспомнить и воспроизвести зрительные и вербальные ассоциации, вызванные в первой части занятия. Следует отметить, что не для всех больных эта задача является одинаково доступной. Больные с грубыми, как правило, комплексными нарушениями речевых функций испытывают при этом большие затруднения, иногда отказываются от задания. В таком случае педагог помогает больному, дает дополнительные объяснения, начинает рисунок или выполняет весь рисунок вместе с больным, а в некоторых случаях вновь раскладывает перед больным

несколько картинок, превращая задачу рисования по памяти в более легкую задачу выбора и копирования изображений. Характерно, что через 1–2 занятия с применением этого метода у таких больных появляется возможность рисовать по памяти без опоры на наглядные образы. Как правило, больной дает отчетливую положительную эмоциональную реакцию на расширение своих возможностей, и педагог поддерживает ее, одобряя и поощряя больного в присутствии других членов группы.

Узнавание сенсублизированных изображений. И, наконец, в третьей части занятия проводится распознавание рисунка каждого больного всеми членами группы, что способствует закреплению отработанной лексики. При этом больные могут опять пользоваться картинками: если больной не может произнести данное слово, но узнает, что было изображено на рисунке, он находит аналогичное изображение на картинке. Этим способом пользуются также и авторы рисунка, чтобы помочь товарищам угадать его и найти нужное слово. Возможность использовать в качестве ответа выбор аналогичной картинки позволяет и в этой части занятия принимать активное участие больным с грубыми дефектами или полным отсутствием экспрессивной речи. Таким образом, при применении данного варианта метода рисунка осуществляется последовательное упрочение связи зрительного образа предмета с его словесным обозначением с постепенным расширением смысловых связей слова, расширением и упрочением сферы зрительных представлений и последующим переводом зрительного восприятия и представлений на речевой уровень. Эта система методов дает широкие возможности использования различных модификаций. Так, например, больным можно предложить кодировать (зашифровывать) рисунками содержание телеграмм, которые они хотели бы отослать своим родным или знакомым, или рецептов различных блюд. Затем остальные члены группы должны расшифровать эти рисунки, т.е. декодировать рисунки в речевые высказывания, узнать, какой смысл заключен в рисунке.

В отличие от описанного выше этот вариант способствует актуализации не только слова, но и фразы. <...>

Описанная система методов, адресуясь непосредственно к процессам зрительного восприятия, к зрительным предметным представлениям, к мысленным операциям, создает благоприятные условия для восстановления речи и, прежде всего, ее коммуникативной и номинативной функции, для восстановления активного словарного запаса.

Б. Трудотерапия

Известно, что сложные целенаправленные бытовые и трудовые действия часто сопровождаются специфической речевой активностью в виде побуждающих, оценивающих, поясняющих и корректирующих восклицаний и реплик. При этом наиболее ярко выступает социальная природа речи в форме диалога и групповой речи. Поэтому в комплекс мероприятий, направленных на восстановление коммуникативной функции речи методом групповых занятий, необходимо включать трудовые действия больных, коллективный труд.

Следует подчеркнуть, что трудовая деятельность позволяет объединять в одну группу больных с различной степенью выраженности речевого дефекта, так как продуктивность и качество труда больного не зависят от степени сохранности его речи. Трудовая полезная деятельность способствует самоутверждению больного, помогает ему найти свое место в коллективе, создает положительный эмоциональный фон, что вторично положительно воздействует на речевую коммуникацию больных.

В специальных реабилитационных отделениях или центрах, разумеется, трудотерапия должна занять одно из важнейших мест в системе реабилитации больных с афазией. Однако все формы трудовой деятельности должны иметь научное обоснование, разработанную методику и процедуру их реализации. Без этих условий трудотерапия может оказать не положительное, но отрицательное влияние на решение реабилитационных задач. В условиях же неврологических, нейрохирургических лечебных отделений возможности организации трудотерапии резко ограничены. Однако те виды трудовой деятельности, которые мы описываем, удобны именно в этих условиях, апробированы и сказались эффективными. В различных конкретных условиях виды трудовых занятий могут отличаться от описанных ниже. Но все виды трудовых операций должны отвечать некоторым требованиям: они должны объединять группу на основе общих интересов; создавать положительный эмоциональный фон; приносить конкретную пользу: больные должны знать, что они выполняют нужную работу; они не должны быть обременительны, монотонны и трудно выполнимыми.

Так как ведущим и смыслообразующим мотивом групповой деятельности больных с афазией является восстановление речи, работа, выполняемая ими на групповых занятиях, должна способствовать, прежде всего, реализации этого мотива. Поэтому одной из форм

трудотерапии в условиях стационара может быть *изготовление методик для индивидуальных и групповых занятий*.

Задачами этой формы трудотерапии должны быть:

- организация группового взаимодействия;
- растормаживание речи на произвольном уровне в ситуации трудовой деятельности.

Больные под руководством педагога находят необходимые предметные изображения, вырезают или срисовывают их, наклеивают на картон, при этом они оказывают друг другу посильную помощь, объединяются для выполнения определенных операций. Педагог должен осуществлять лишь общее руководство деятельностью больных, приходить на помощь лишь при возникновении таких трудностей, с которыми не может справиться вся группа сообща, так как чрезмерная помощь и опека со стороны педагога могут препятствовать возникновению ситуаций, побуждающих больных к речевой активности, снижать потребность в общении.

В тех случаях, когда терапевтическая группа объединяет больных без грубых двигательных расстройств, можно использовать более сложные виды трудовой деятельности: например, вязание или шитье (для женщин), столярные работы, в некоторых случаях починка и налаживание аппаратуры в лаборатории и др. (для мужчин).

Кроме этого, рекомендуется на трудовых занятиях проводить подготовку проведения праздников. Организация и проведение праздников открывают широкое поле для разнообразных форм трудовой деятельности: изготовление елочных украшений, подарков родным и друзьям, выпуск стенной газеты с рисунками и заметками больных, которые не только бы отражали жизнь больных в клинике, но и другие события, праздничное оформление комнаты и др. В процессе проведения праздника — это приготовление блюд, сервировка стола и различные организационные формы работы. Все эти формы труда в значительной мере способствуют как восстановлению речи, так и преодолению изменений личности больных. Остановимся на этом подробнее.

Метод организации проведения праздников по существу реализует привычную и радостную для человека ситуацию приема гостей или пребывания в гостях. Это важная психологическая характеристика метода создает благоприятные условия для актуализации способов вербального и невербального общения, возникающего на основе: 1) совместных трудовых действий по организации праздника; 2) планирующей деятельности; 3) обсуждения этих действий.

Поэтому организация праздников в условиях терапевтической группы способствует не только сплочению группы, более близкому знакомству ее членов, сближению больных с педагогами, но и оживлению речевых автоматизмов, которые обязательно появляются у больных в процессе такого общения — как при подготовке, так и при проведении праздника, восстановлению общей и речевой активности, восстановлению языковых средств, непосредственно связанных с трудовыми и другими формами действий больных в заданной ситуации; преодолению изменений личности.

В организации праздника принимают участие все больные, которые входят в группу в данное время. Кроме того, в этом занятии должны принимать участие и все педагоги, которые проводят групповые в индивидуальные занятия.

Для организации праздников больные — члены терапевтической группы — заранее распределяют обязанности (роли) между всеми членами группы, в том числе и педагогами. Например, установка елки, ее украшение, подготовка программы праздника, его музыкальное оформление (подбор пластинок, пленок), оформление комнаты к празднику, сервировка стола, приготовление чая или кофе. Больные должны чувствовать себя свободно, непринужденно, необходимо создать такую ситуацию, в которой бы роль и доля участия педагога заметно не отличались от других членов группы. Однако педагоги должны внимательно, но незаметно для группы наблюдать за больными, стимулировать и направлять беседу, групповую речь, вовлекать всех больных в процесс общения. Рекомендуется, чтобы к празднику больные с помощью педагогов готовили друг другу, своим родным и знакомым небольшие подарки, писали поздравительные открытки. Удачной формой этого метода является празднование дней рождений членов группы.

Важной психологической характеристикой этого метода является также актуализация и реализация групповой речи, которая способствует восстановлению коммуникативной функции речи и является одним из способов ее реализации.

Музыка и ее применение на групповых занятиях

Музыка является одной из форм невербального общения. Она имеет социальный характер, и с ее помощью решается ряд задач, таких как передача информации, создание и передача эмоционального состояния, снятие напряжения и др. Из литературных данных широко

известно о специфическом влиянии музыки на человека, его эмоционально-волевую сферу, физиологические и психические процессы (Бехтерев, 1921; Теплов, 1947; Вольперт, 1972; Мясищев и Годзинер, 1975; Брусиловский, 1979; Podolsky, 1954). Музыка нередко применяется и с терапевтическими целями: для снятия общего напряжения, релаксации (расслабления) больных, облегчения соматических нарушений функционального генеза (Брусиловский, 1979), с целями сплочения психотерапевтической группы больных с афазией (Aronson и др., 1956). Исследования показали, что восприятие музыки и ее терапевтическое влияние на больного человека зависят от ряда факторов: возраста человека, его интеллектуального уровня, развития, от индивидуальных особенностей личности, от уровня музыкального развития (Мясищев и Годзинер, 1975).

Мы применяли музыку в групповых занятиях как составную часть общей системы методов, направленных на восстановление вербальной коммуникации и преодоление дефектов личности у больных с афазией. Наши первые экспериментальные данные показали, что музыка эффективно может быть использована как в терапевтических целях, так и в целях восстановления общей вербальной коммуникации. Применяемые нами музыкальные методы были включены, во-первых, в систему речевых методов, направленных на растормаживание речи, поскольку музыка через воздействие на эмоциональную сферу влияет на восстановление характеристик коммуникативной функции речи как активность, намеренность, направленность; во-вторых, в систему методов, направленных на преодоление изменений личности пациента. Музыка применялась нами также и для снятия напряжения больных, их утомляемости в процессе занятий, для установления общего контакта с больными, для обеспечения взаимодействия членов группы в процессе занятия.

Музыка применялась нами либо в форме музыкальных методов: музыкальная викторина, концерт по заявкам больных, либо в форме музыкального сопровождения (фона) некоторых форм работы с больными — бесед, трудотерапии, ролевых игр и т.д., а также сопровождения отдыха больных.

К музыкальным методам и сопровождению групповых занятий следует подходить с осторожностью, поскольку не всякое музыкальное сопровождение приводит к положительному эффекту. Музыкальные произведения подбираются в зависимости от конкретных задач и тех требований, которым они должны отвечать. Музыкальные про-

изведения должны также учитывать особенности личности больных, специфические особенности воздействия данного музыкального произведения.

Ниже мы опишем один из музыкальных методов, основной задачей которого является растормаживание речи.

«Музыкальная викторина»

В трудах многих афазиологов отмечено, что пение является эффективным методом растормаживания устной речи. Сопряженное и отраженное пение песен создает благоприятные условия для экфории отдельных слов или даже целых фраз из пропеваемых песен (Лурия, 1947; Бейн, 1964; Цветкова, 1972). Пропевание и восприятие знакомых мелодий остаются обычно сохранными при очень грубых нарушениях речи или полном ее отсутствии. В модифицированный нами метод — музыкальная викторина — применявшийся ранее для лечения психиатрических больных (Брусиловский, 1979), пение входит как его основа. Поэтому мы использовали этот простой и доступный для всех больных с афазией метод для групповых занятий, широко его применяли, особенно на начальных этапах групповой реабилитации.

Этот метод направлен на решение ряда задач: 1) сплочение членов группы, 2) создание хорошего эмоционального фона занятия, 3) организация отдыха во время занятия, 4) растормаживание экспрессивной речи.

Для решения указанных задач используются такие характеристики этой формы деятельности субъекта, как эмоциональная насыщенность, упроченность функции пения, музыкальная память, способствующие актуализации вербального текста.

Материал занятия здесь, как и в других методах, имеет первостепенное значение. Песни следует подбирать с учетом возраста больных, их культурного уровня, места жительства (в городе или селе), интересов и склонностей. Перед применением этого метода предварительно выясняются (с помощью индивидуальных бесед с больными, его родственниками, на индивидуальных уроках) ряд вопросов: отношение к пению, любимые песни, композиторы, исполнители, жанр песен и т.д. С учетом этих данных подготавливается музыкальная программа групповых занятий. Желательно начинать занятие с той песни, которая хорошо знакома нескольким членам группы.

Процедура применения метода. Занятие состоит из трех частей. В первой части перед больными ставится задача узнавать песни, за-

писанные на пластинку (или магнитофонную пленку), и объявляет соревнование на лучшего знатока песен. Педагог включает запись и выключает ее после первой музыкальной фразы. Больной, узнавший песню, должен продолжить ее со словами или без слов — одну мелодию. Если никто из больных не узнает песню, она включается вновь, и больные прослушивают более длинный отрывок.

Во второй части каждый больной должен сам загадать (пропеть) другим часть какой-либо песни, а остальные больные отгадывают ее так же, как и в первой части.

И, наконец, в третьей части педагог организует «концерт по заявкам». Больные должны сформулировать (вербально или пропеванием) свою заявку.

Каков психологический механизм действия этого метода, к каким аспектам психической сферы и к каким психическим процессам он апеллирует? Этот метод направлен на актуализацию через музыку *стихотворной речи*, положенной на музыку, апеллирует к сохранному у этих больных восприятию музыки, к эмоционально-волевой сфере, к личности больного. Механизмом актуализации речи и является, с одной стороны, тесное взаимодействие речи и ее музыкального оформления, а с другой — оживление эмоциональной сферы больного, которая тесно связана с эмоционально-выразительной функцией речи. Восприятие любимой и знакомой мелодии ведет к оживлению эмоциональной сферы, эмоционально-выразительных форм речи, и все это создает условия для актуализации не только слов песни, но и других форм вербального общения.

Кроме того, при применении данного метода большое значение приобретает *мотив соревнования*, способствующий повышению вербальной и невербальной активности больных. Нередко больные, желая проявить свои знания, начинают произносить целые фразы не только из текста песен, но и о композиторе, исполнителе, фильме, где прозвучала эта песня, или своем отношении к ней. Больные подпевают друг другу, иногда исправляют мотив или слова, нередко возникает спор по поводу названия песни или фамилии исполнителя или композитора.

Приведем пример.

Выписка из протокола группового занятия от 3.II.1978 г. Цель занятия: сплочение группы. Группа состоит из 3 больных: больная К., 31

год, научный сотрудник, комплексная моторная афазия; больная А., 49 лет, преподаватель музыки, комплексная моторная афазия; больная Ч., 39 лет, врач, акустико-мнестическая и семантическая афазии. У всех больных афазия средней степени выраженности.

Педагог объясняет условия викторины, затем звучит песня из кинофильма «Бродяга».

Ч.: Индийская... Капур.

А.: Я-по-ска-я... «Бродяга».

Ч. (*напеваает строчку песни*): Часы стали мои.

Остальные подпевают.

Педагог: А теперь послушайте новую песню (*ставит пластинку с песней «День Победы»*).

Ч. *подпеваает мелодию, но не совсем правильно.*

А.: Победы... на-ра-ви-ца.

Ч.: Правда... хорошо?

А.: Ле-щен-ко.

Ч.: А я видела Лещенко, здесь Москва.

К. *напеваает песню правильно и получает очко.*

Звучит песня из кинофильма «Коллеги».

Ч. (*обращается к К., наиболее музыкальной в группе*): Пой этот.

К.: Не знаю.

Ч.: Артист, он... и поет... и еще... фильм такой есть.

К.: Кол-леги.

А.: Ано-фри-ев.

Звучит песня «Аленушка».

А. (*радостно*): Ох, Аленушка... люблю.

Все вместе дружно поют эту песню...

Педагог: А теперь каждый из вас пусть загадает и напойет песню, а остальные будут угадывать. Ну, кто первый?

Ч.: Про зубы можно?

Все смеются.

А.: Много песен (*никак не может выбрать*).

Ч. (*поет*): Арши...ин... Ма-ла...а...лан.

Педагог: Ну тут уже угадывать нечего.

А. *запеваает мотив «Аленушки».*

Ч.: Вот эта самая (*указывает на пластинку, потом жалуется*): У меня мужик на ноги наступил. (*Вербальная парафазия — вместо «слон на ухо наступил».*)

К. очень хорошо, со словами, без парафазий, поет «Утро туманное». Все с удовольствием слушают. Ободрившись, К. поет еще несколько романсов, другие подпевают.

Педагог: А теперь я загадаю (напевает мотив песни из мультфильма про крокодила Гёну). Все сразу угадывают и подпевают.

Анализ данного примера показывает, что метод «музыкальной викторины» эффективно способствует растормаживанию речи у больных с грубыми нарушениями экспрессивной речи, созданию положительного эмоционального настроя в группе и предпосылок для перехода к другим, более сложным видам групповой деятельности и вербальной коммуникации в группе больных с афазией.

Как мы уже отметили выше, метод «музыкальной викторины» используется не только как самостоятельный метод для решения собственных задач, восстановления речи, но и может быть применен в системе других методов в качестве метода психотерапии (музыкальные паузы, для отдыха больных, для перехода от одной части занятия к другой и др.). Например, в начале занятия для создания благоприятного эмоционального фона, рабочего настроения, или в середине для снятия напряжения, усталости.

Мы описали далеко не все методы, которые могут быть применены на групповых занятиях и которые применялись нами в экспериментальных и практических целях. Мы сделали лишь первую попытку показать эффективность групповых занятий, необходимость их введения в систему восстановительного обучения больных с афазией с целью восстановления речи, коммуникативной способности больных, а не только с целью преодоления негативных установок личности больных.

§ 3. Организация групповых занятий

Проблема организации групповых занятий должна занять важное (наравне с методами) место в работе афазиолога-реабилитатора. Эта проблема включает целый ряд вопросов, правильная постановка и решение которых имеет прямое отношение к эффективности восстановительного обучения и реабилитации больных с афазией. Сюда относятся четыре группы вопросов:

1. Принципы организации группы.
2. Принципы отбора методов группового обучения.
3. Принципы отбора вербального и невербального материала для обучения больных.
4. Психологические и дидактические принципы организации проведения занятий.

Ниже кратко остановимся на анализе каждой из этих групп вопросов.

Принципы организации группы включают ряд важнейших вопросов: так, при формировании терапевтических групп больных с афазией возникает прежде всего *проблема гомогенности или гетерогенности терапевтической группы* по форме афазии и степени выраженности афазических дефектов. Этот вопрос выделен J. Voinescu и V. Debrotа (1972) как одна из проблем, с которой сталкивается психолог при формировании психотерапевтической группы. Гомогенная группа — это группа, либо состоящая из больных с одной формой афазии, либо из больных с одинаковой степенью выраженности афазических дефектов; гетерогенная группа — это группа, в которую входят больные независимо от формы и степени тяжести афазии. Основываясь лишь на собственных наблюдениях и не анализируя причин этого явления, авторы делают вывод, что гетерогенные группы отрицательно сказываются на реабилитации. Эта же проблема возникла и у нас при формировании терапевтических групп. Проведенный нами специальный «обучающий эксперимент» дает основание сделать вывод о том, что по степени выраженности афазии желательно объединять в одну группу больных с легкой и средней, средней и тяжелой степенями выраженности. Объединение же больных с легкой и грубой степенями выраженности афазии ведет к тому, что «легкие» больные подавляют больных с грубыми речевыми нарушениями.

«Обучающий эксперимент» показал также, что наиболее эффективными являются занятия, проводимые в группе больных с одинаковой степенью выраженности речевых дефектов, так как, во-первых, в такой группе легче устанавливается взаимопонимание и взаимодействие, во-вторых, такой состав группы позволяет эффективно использовать однородный по объему и сложности вербальный и невербальный материал и, в-третьих, в такой группе больных создается больше предпосылок для возникновения соревнования, которое, как указывалось выше, является важным фактором, повышающим мотивацию к речевой коммуникации. Далее, наш эксперимент показал

также, что при организации группы необходимо учитывать и другие факторы, такие как пол, возраст и культурный уровень больных, важна и количественная характеристика группы.

Формирование однородных по полу групп создает дополнительные возможности для дифференциации тем занятий, а в смешанной по полу группе часто создается благоприятный эмоциональный фон.

Оптимальная численность больных в группе не должна превышать 5–6 человек.

В зависимости от *способа формирования* группа может быть открытой, состав которой меняется по мере поступления или выхода больных, и закрытой (постоянной по составу). Последняя имеет более прочную структуру и позволяет постепенно усложнять тематику групповых занятий от более частотных к менее частотным (от темы «Магазин» к темам «Подарки», «Медицина», «Ателье», «Животные»).

При отборе методов групповых занятий необходимо, прежде всего, учитывать *степень выраженности речевых нарушений* у больных, входящих в малую терапевтическую группу. В нашей лаборатории разработана методика учета степени выраженности афазии и эффективности ее преодоления (Цветкова, Ахутина, Полонская, Пылаева, 1979; Пылаева, 1979). По этой шкале нами измеряется степень выраженности афазии.

Для больных с негрубо выраженными речевыми дефектами рекомендуются следующие методы: беседа во всех ее модификациях (особенно тематические беседы); драматизация; речевые игры; кинеметодика (второй вариант); все неречевые методы.

Для больных с грубо выраженным дефектом речи рекомендуются: беседа только в качестве вспомогательного метода для овладения больными и закрепления лексики в системе с другими методами; классификация предметных изображений; рисунок; узнавание сенсублизированных изображений; речевые игры; кинеметодика (первый вариант); все неречевые методы.

В тех случаях, когда практика реабилитационной работы не позволяет дифференцировать группу по степени тяжести речевого дефекта, возможно применение тех методов, которые адекватны для обеих групп.

При отборе материала должны учитываться следующие принципы: простота и доступность материала, адекватность материала форме и степени выраженности афазии; лингвистическая и психологическая частотность вербального материала; его фонетическая, грамма-

тическая и семантическая сложность; незначительный объем материала (вербального и невербального), его четкая семантическая направленность. Учет первых трех требований позволит создать для больных такие условия, в которых им будет легче актуализировать и применить в обучении доступные им языковые средства, а учет четвертого принципа позволит сузить поле поиска языковых средств и направить его.

В качестве материала на групповых занятиях с больными могут быть использованы: реальные предметы, картинки с изображением предметов и ситуаций, разнообразный вербальный материал (слова, фразы, тексты), диафильмы (с титрами и озвученные), пластинки и магнитофонные записи.

Материал не должен вызывать отрицательных эмоциональных реакций (не рекомендуется использовать буквари, учебники для начальной школы, различные детские картинки и т.д.).

Психологические и дидактические принципы организации и проведения групповых занятий в терапевтической группе предусматривают ряд требований: а) чередование различных форм деятельности больных в ходе одного занятия для повышения его эффективности; б) двигательная активность больных — не рекомендуется проводить все занятия за столом, необходимо подключать двигательную активность (простые физические упражнения, ритмические движения под музыку и т.д.). Даже перемена места больных способствует снятию утомления, напряжения, произвольности; в) активный отдых больных в процессе занятий (паузы, заполненные чтением стихов, занимательных рассказов, анекдотов, рассматриванием альбомов, прослушиванием музыки, двигательной активностью); г) средняя длительность группового занятия не должна превышать одного часа. Частота проведения — не реже 2–3 раз в неделю.

Требования к педагогу. Проведение групповых занятий требует специальной подготовки педагога-реабилитатора (афазиолога). От психолога зависит создание у больного правильного отношения к себе, не как к инвалиду, а как к больному, временно лишенному возможности пользоваться речью. Присутствие психолога в группе может рассматриваться как важный психотерапевтический фактор.

В групповых занятиях педагог-психолог должен сыграть решающую роль в сплочении группы для успешной социореадаптации больных. Он должен активно направлять ход занятий, так как обычно такие больные бывают недостаточно активны, речевые средства общения у них частично или даже полностью отсутствуют. Педагог дол-

жен устанавливать и длительно удерживать контакт с больными, стимулировать и активизировать, поощрять их к работе в группе, к вступлению в контакт с членами группы, к восстановительному обучению. В других случаях, а именно в группе, где участвуют больные с легкой степенью выраженности речевых дефектов, психолог может только направлять ход занятия и контролировать ситуацию, занимая положение равноценного участника группы.

Психолог должен умело распределять внимание и вести «фронтальную» работу со всей группой, а не с отдельными ее членами. Индивидуальная работа должна быть сведена до минимума. Таким образом, психолог-реабилитатор должен быть, прежде всего, хорошим специалистом, обладающим широкими знаниями нейропсихологии, психологии, дидактики, лингвистики, способным творчески работать при общении с больными, умеющим объединить больных в группу для решения общих групповых задач, создать благоприятную эмоциональную атмосферу в группе, от которой во многом зависит эффективность занятия. Педагог должен уметь стимулировать общую и речевую активность больных с учетом их личности и особенностей речевого дефекта, незаметно организовать взаимопомощь и взаимодействие больных в группе.

Глава III. Проблемы межличностных отношений и динамики личности при групповой реабилитации

Как указывалось выше, групповые занятия, благодаря влиянию группы, коллектива, могут стать важным звеном в восстановлении коммуникативной функции речи и преодолении изменений личности, возникающих на основе функциональных и органических поражений мозга у больных с афазией.

Однако малая группа больных — или малая терапевтическая группа — феномен малоизученный. Поэтому, чтобы обеспечить эффективное влияние группы на реабилитацию больных и восстановление речи, необходимо изучить различные характеристики и механизмы малой группы.

С этой целью нами исследовались некоторые феномены социального происхождения, касающиеся характера межличностных отношений больных в группе, лидерства, степени сплоченности и факторов, способствующих сплочению группы, повышению мотивации к групповому взаимодействию.

§ I. Малая терапевтическая группа больных с афазией

В социальной психологии под малой группой понимается малочисленная «общность взаимодействующих друг с другом людей во имя достижения сознаваемой цели, общность, которая объективно выступает как субъект действия» (Социальная психология, 1975).

Такие малые группы различаются по своему количественному и качественному составу, по времени функционирования, по форме организации и характеризуются ролевой структурой и степенью сплоченности группы, их социально-психологическим климатом, межличностными взаимоотношениями, наличием лидера и формами его взаимоотношений с другими членами группы и т.д.

В малых группах больных с афазией, естественно, имеет место ряд феноменов, характерных для малой группы в норме, но вместе с тем имеются и отличия. Во-первых, малые терапевтические группы — это, прежде всего, группы больных людей, людей, страдающих нарушениями речи, и основным видом их деятельности в группе является восстановительное обучение, а целью — восстановление общей и вербальной коммуникации; во-вторых, они искусственно созданы на время пребывания людей в лечебном учреждении; в-третьих, эти группы малочисленны: состав их не превышает 5–7 человек (хотя малая группа в норме по данным социальной психологии может насчитывать до 20 человек). Далее, состав группы различен по возрасту, профессиям, образовательному уровню, жизненным интересам, семейному положению и т.д. И, наконец, с самого начала в малой терапевтической группе имеется формальный лидер — педагог.

В социальной психологии для исследования социально-психологических характеристик малых групп используются многочисленные методы. Для решения наших задач наиболее адекватным явился метод Р. Бейлса (Bales, 1964), который позволяет дать качественную и количественную оценку группового взаимодействия в процессе решения определенной задачи. Однако этот метод был взят нами лишь за основу. Его схема предполагает соответственно наличие определенных единиц действия и уровней участия в них различных членов группы. Из 12 категорий системы Р. Бейлса половина относится к действиям, направленным на решение проблемы, а вторая половина категорий характеризует эмоциональную сферу членов группы. Эта схема предназначена для исследования групп здоровых людей. Имея дело с группой больных с афазией, необходимо учиты-

вать качественную их специфику, возникающую из-за дефектов речи и из-за разницы целей поведения в нормальной и терапевтической группах. Поэтому у больных с афазией встречаются такие категории действия, которые отсутствуют в системе Р. Бейлса и которые свойственны именно больным с речевой патологией (например, больной принимает «роль педагога», «некритичен к себе»).

Исходя из этого и для отражения динамики эмоционально-волевой сферы, речи, а также и невербальных форм коммуникации, мы существенно модифицировали схему Бейлса, изменив и способ протоколирования. В схеме была заменена часть реакций, внесены новые виды реакций. При новом способе протоколирования отдельно учитывались все вербальные (слова и предложения) и невербальные (поведенческие и эмоциональные) реакции, содержание каждой реакции, ее направленность, т.е. отмечалось, к кому обращается больной (к группе, педагогу или к другому больному). Такая форма протоколирования позволяла одновременно качественно и количественно проанализировать поведение всех членов группы по следующим параметрам: 1) по числу речевых, поведенческих и эмоциональных реакций всех больных в отдельности в течение всего занятия; 2) по объему речевой продукции; 3) по количественным данным о направленности вербальных и невербальных реакций больных; 4) по частоте проявления поведенческих и речевых реакций, относящихся к разным категориям модифицированной схемы. По последним двум параметрам можно судить о структуре межличностных отношений больных.

Нами были проанализированы качественные и количественные характеристики всех реакций больных из 5 групп, с которыми было проведено 43 занятия. Экспериментальный материал показал, что в малой терапевтической группе особенно значимыми оказались такие характеристики группы, как социально-психологический климат, лидерство, сплоченность, межличностные взаимоотношения, поскольку все это оказывает значительное влияние на формирование правильных личностных установок, что, в свою очередь, способствует восстановлению речи в ее активной форме и преодолению дефектов личности.

Прежде всего остановимся на вопросе о лидерстве в терапевтических группах. Для выдвижения на роль лидера группы человек должен обладать определенной совокупностью личных социально-психологических качеств: высоким уровнем инициативы и активности, заинтересованностью в достижении групповых целей, общительностью

и личной привлекательностью, а также пользоваться авторитетом в группе. Лидерство является результатом одновременно как объективных факторов (интереса, цели, потребности и задачи группы в конкретной ситуации), так и субъективных (индивидуально-типологические особенности индивида как инициатора групповой деятельности) (Парыгин, 1971). Однако в терапевтических группах больных с афазией субъективный фактор, способствующий выдвижению одного члена группы на роль лидера, в отличие от объективного, который, видимо, не претерпевает изменений, носит специфический характер. Наши группы состоят из больных, у которых нарушена речь, причем в разной степени выраженности. Поскольку общение является одним из важнейших видов деятельности в наших группах, а речь является главным средством и способом общения, то оказалось, что лидером в терапевтических афазических группах становится, как правило, больной с более сохранной речью. Кроме того, анализ результатов эксперимента показал, что этот фактор, характеризующий групповое взаимодействие в терапевтических группах, претерпевает изменения. Оказалось, что в большинстве групп в начале групповой реабилитации педагог стоит на первом месте по общему числу обращений к нему всех членов группы. Это можно объяснить тем, что на первых занятиях педагог является основным лицом, влияющим на сплоченность группы, так как в начале цикла занятий педагог сочетает в себе качества руководителя и формального лидера. Именно педагог стимулирует больных, по мере необходимости распределяет роли, помогает найти нужное решение. Такое сочетание качеств (руководителя-лидера) является основной специфической чертой положения педагога-психолога в малой терапевтической группе больных с афазией. Спустя несколько занятий больные лучше узнают друг друга: оценивают личные качества других членов группы, их степень речевых нарушений, возникают личные симпатии, и количество обращений к педагогу снижается в полтора-два раза. При этом одновременно растет количество обращений к другим членам группы в отдельности и к группе в целом, т.е. происходит сплочение группы, возникает новая важная характеристика группы. Во всех группах независимо от степени тяжести речевых нарушений больных, входящих в группы, психолог всегда выступал как член группы, учитывал мнение других членов группы, консультировался с группой при проведении занятий, все задания давал в форме предложений, а не указаний. Таким образом, он сочетал в себе качества официального руководителя и демократи-

ческого лидера. Устойчивого (универсального) лидера среди больных в наших терапевтических группах не оказалось. Однако можно говорить о ситуативном или функциональном лидере, т.е. об одном из больных, который становится временно лидером. Функция контроля за ходом выполнения задания, принадлежащая обычно педагогу, временно переходила к этим больным. Такой больной, будучи заинтересован в выполнении задания, напоминал своим товарищам о пропущенном ими ходе в игре, например жестом, либо словом, т.е. выполнение функции контроля за деятельностью группы переходило от педагога к ситуативному лидеру.

Анализ результатов эксперимента показал, что существуют специфические факторы, которые способствуют выявлению лидера в терапевтической группе. Одним из таких факторов является наличие больного, чаще других оказывающего помощь другим членам группы при нахождении правильного решения или правильного ответа в ходе занятий. Другим фактором является наличие в группе больного с легкой степенью выраженности афазических дефектов, который часто становится ситуативным лидером. Присутствие такого больного является условием, стимулирующим речевую активность больных и повышающим уровень сплоченности группы, о котором мы судим не только по увеличению количества реакций больного вообще, но главное — по увеличению количества обращений к другим больным и к группе в целом.

Проведенное исследование показало, что наличие в группе лидера эффективно влияет не только на сплочение группы, способствуя проявлению большей активности всех членов группы, но и на создание в ней положительного психологического климата. Остановимся более подробно на этой характеристике малой терапевтической группы.

Благоприятный социально-психологический климат в малой терапевтической группе является важнейшей предпосылкой обеспечения социального притяжения каждого больного как полноценного члена данной терапевтической группы и способствует преодолению отрицательных личностных установок больного, восстановлению его общей и речевой активности, отвечая таким образом основным задачам восстановительного обучения больных с афазией на групповых занятиях. Благоприятный климат группы определяется благожелательным характером взаимоотношений и ее положительным эмоциональным настроением. Следует учитывать, что все больные с афазией приходят на групповые занятия с целью восстановления речи, с

верой в положительный эффект восстановления. Именно это и заставляет их активно включаться в деятельность группы. Поэтому в целом для всех больных характерны положительные эмоции. Некоторые больные любят пошутить, вызвать смех группы, а это, в свою очередь, способствует оживлению других больных, которые начинают стремиться к контакту. Поощрение со стороны группы и отдельных ее членов также вызывает положительные эмоциональные реакции у больных. Негативные эмоциональные реакции в виде формального отношения к групповой деятельности, ухода от задания носят единичный характер. Примером этого являются те случаи, когда отдельные больные начинают отвлекаться, активно избегать всяких контактов. В ходе групповой реабилитации возможны постепенное преодоление негативизма, повышение активности больного и переход к продуктивной работе. Негативные личностные установки постепенно исчезают. Таким образом, анализ поведенческих реакций (вербальных и невербальных) и эмоциональных реакций всех членов группы в ходе групповых занятий позволяет говорить о положительном влиянии группы (ее благоприятного социально-психологического климата, межличностного взаимодействия) на эмоциональный настрой, на преодоление отрицательных личностных установок и выработку адекватных мотивов, направленных на восстановление речи.

Перейдем теперь к рассмотрению *проблемы межличностных взаимодействий в малой терапевтической группе и сплоченности группы*.

Межличностные отношения, как их определяет социальная психология, — это те непосредственные связи и отношения, которые складываются в реальной жизни между людьми в их общении, их роль особенно возрастает в условиях малых групп, в конкретной деятельности. Для повышения эффективности деятельности проводится их изучение и направленное изменение. В социальной психологии считается, что развитие взаимоотношений между людьми зависит от восприятия человека человеком, от привлекательности и влияния одних членов группы на других. С проблемой межличностных взаимоотношений тесно связана и проблема сплоченности группы. В процессе любой деятельности характер межличностных взаимоотношений претерпевает значительные изменения (возникают более тесные контакты, обусловленные социальными и психологическими факторами).

Межличностные взаимодействия и процесс сплочения группы больных в ходе групповых занятий стали одной из задач нашего исследования.

Анализируя протоколы групповых занятий, мы изучали вербальные, невербальные (поведенческие) и эмоциональные реакции всех больных по отношению друг к другу и к педагогу по двум параметрам — количественному (фиксируя количество различных видов реакций) и качественному (учитывались характер всех реакций по схеме учета динамики групповой реабилитации и преобладание тех или иных характеристик реакций у каждого больного в отдельности).

Все члены малой терапевтической группы являются участниками совместной деятельности, направленной на достижение общей цели — восстановление способности к коммуникации (преимущественно вербальной), в которой они все заинтересованы. На этом основании возникает тенденция к сплоченности группы. Наш опыт показал, что развитие межличностных отношений, установление тесных контактов между больными в малой терапевтической группе в дальнейшем (при выписке из больницы) способствует развитию контактов с другими людьми (соседями, знакомыми и др.), т.е. переходу больных из малой терапевтической группы в более широкую социальную среду. Данные, полученные в эксперименте, показывают, что в малых терапевтических группах наблюдается тенденция к росту межличностных взаимодействий, а также их качественное изменение. Анализ результатов позволил выявить ряд факторов, способствующих увеличению межличностного общения между больными в ходе групповых занятий. Так, оказалось, что в смешанной по полу группе большинство обращений обычно направлено к представителям противоположного пола. Так, присутствие в группе мужчин лишь одной женщины (помимо педагога) ведет к увеличению количества реакций со стороны лиц мужского пола. Например, на одном из занятий в группе, состоявшей из трех мужчин и одной женщины, из 46% всех межличностных взаимодействий 13,8% реакций направлено к женщине.

Вторым фактором увеличения межличностного взаимодействия является наличие *в группе лидера из среды больных*, поскольку лидер чаще всего спонтанно принимает на себя роль педагога- психолога, выступая в группе как помощник педагога, он следит за ходом деятельности группы, помогает другим, поощряет их и советует им. Естественно, что другие члены группы обращаются к нему за помощью, с вопросами. Лидерство, таким образом, является одним из факторов как развития группового взаимодействия, так и сплочения группы. Тем не менее основным лидером в группе остается педагог. С самого начала функционирования групп он стимулирует деятельность всех

членов групп и спланирует их. Задачей педагога является регуляция отношений между больными в группе (педагог должен не позволять достаточно хорошо говорящим больным подавлять речевую активность больных с грубым дефектом речи). В ходе занятий педагог стимулирует больных, предлагая им вопросы, задания, учитывая при этом степень их речевых нарушений и их речевые возможности. Одной из важнейших задач педагога является помощь группе в выделении собственного лидера.

Наши данные показали, что рост межличностного взаимодействия происходил в основном за счет увеличения помощи, оказываемой больными друг другу. Обычно больной с легкими речевыми дефектами, входящий в группу тяжелых больных, значительно активизирует свои речевые возможности, оказывая помощь всем больным. Если же в группу больных с легкими речевыми дефектами оказывался включен больной с грубой степенью выраженности афазии, все члены группы как бы берут над ним шефство, постоянно обращаются к нему с вопросами, подсказывают ему правильные ответы, соперничают и ободряют его.

Таким образом, исследованные выше факторы действительно ведут к увеличению межличностного взаимодействия и, следовательно, способствуют восстановлению общей и вербальной коммуникации больных с афазией.

Исследование некоторых социально-психологических феноменов малых терапевтических групп, на которых мы остановились в данной части монографии, не исчерпывает всех проблем социального характера, имеющих место в группах больных с афазией.

Дополнительного исследования требуют сравнительный анализ эффективности разных методов, используемых в процессе групповых занятий (описанных выше), их влияние на характер межличностных взаимодействий больных, восстановление общей и вербальной активности. Видимо, целесообразно было бы провести сравнительный анализ эффективности различных систем методов, применяемых на групповых занятиях, что является задачей дальнейших исследований.

§ 2. О факторах, повышающих мотивацию к речевой коммуникации в малой терапевтической группе

Кроме описанных выше социально-психологических феноменов, характеризующих межличностное взаимодействие больных в малой

терапевтической группе, для нахождения способов оптимизации групповой реабилитации нам представляется необходимым проанализировать мотивы деятельности больных с афазией в группе, ибо всякая деятельность есть, прежде всего, процесс, побуждаемый и направляемый мотивом. В соответствии с этой задачей мы проанализировали результаты проведенного обучающего эксперимента (по описанным выше методам) в свете тех аспектов теории деятельности А.Н. Леонтьева (1971, 1977), которые касаются мотивов деятельности человека, с целью выявить специфику и условия проявления мотивов, действующих в группе больных.

А.Н. Леонтьев выделяет две основные функции и соответственно два вида мотивов: функцию побуждения к деятельности («мотивы-стимулы») и функцию смыслообразования («смыслообразующие» или «ведущие» мотивы), выражающую «значение отражаемого для самого субъекта, его, как мы говорим, личностный смысл» (Леонтьев, 1971, с. 20).

Малая терапевтическая группа больных с афазией есть общность взаимодействующих друг с другом людей с целью достижения общей осознаваемой цели — преодоления нарушения речи и восстановления возможностей вербальной коммуникации. Реабилитация как ведущий смыслообразующий мотив деятельности каждого больного приобретает, как нам представляется, новое качество в ходе групповых занятий, становясь *групповым смыслообразующим мотивом*.

Важно отметить, что все действия больных направлены на реализацию деятельности, отвечающей этому ведущему, групповому мотиву, и сопровождаются возникновением и коммуницированием эмоций, функция которых, по А.Н. Леонтьеву (1971), заключается в отражении отношений между мотивами и реализацией деятельности, отвечающей этим мотивам. Одним из условий восстановительного обучения является наличие у больного устойчиво доминирующих, ведущих мотивов.

Характерно, что мотивы могут побуждать человека и опосредованно, через сознательно поставленную цель или принятое решение (Божович, 1972). В таком случае побуждающая функция мотива может вступить в конфликт с непосредственным желанием субъекта, и он нередко заставляет себя действовать в соответствии с поставленной целью даже вопреки своему непосредственному желанию.

Примеры таких ситуаций мы наблюдаем и в малой терапевтической группе больных с афазией, когда, например, больной застав-

ляет себя принимать участие в групповой деятельности (скажем, в групповом рисунке, хотя он и не любит рисовать), побуждаемый сознательно поставленной целью восстановления вербальной коммуникации. В этом случае мотив превращается в осознаваемый «мотив-цель» (А.Н. Леонтьев, 1977).

Анализ групповых занятий с помощью описанной выше «шкалы учета динамики реабилитации больных» позволяет выделить наряду с ведущим смыслообразующим мотивом, общим для всех членов группы, ряд *мотивов-стимулов*, играющих роль дополнительных побуждающих факторов для коммуникации, нередко очень сильных.

Это, прежде всего, *мотив взаимопомощи*, имеющий, как нам кажется, очень большое значение для групповой интерактивации и стимуляции общей и речевой активности больных с афазией. Желание помочь, подсказать товарищу нередко приводит к тому, что даже больные с полным или почти полным отсутствием спонтанной речи спонтанно произносили слово (а иногда и фразу) в ситуации взаимодействия и помощи другому больному. Так, один больной, страдающий грубой афферентной моторной афазией, отказывался читать на индивидуальных занятиях из-за грубых дефектов чтения, но он начинал читать слова, когда в ситуации группового киноурока другой больной, читающий текст к кадру диафильма, искажал или не мог прочесть слова. Нередко больные с очень грубыми речевыми дефектами и резко сниженными возможностями вербальной коммуникации, желая помочь товарищу, прибегали к жестам, пантомиме или искали картинку, соответствующую данному слову.

Наиболее отчетливо фактор взаимопомощи проявлялся при применении метода драматизации, когда все больные подавали реплики своему товарищу, играющему определенную роль. Кроме того, одной из форм проявления фактора взаимопомощи являлось стремление больных поощрить успех товарища одобрительными репликами, типа: «Так», «Вот правильно», или «Во!», «Надо же, все знает».

Характерно, что относительно хорошо говорящие больные, попадая в одну группу с больными, страдающими грубыми речевыми нарушениями, начинали говорить медленнее, чем обычно, четче выговаривали слова, иногда даже проявляли некоторую тенденцию к затушевыванию различий в речевом уровне разных больных. В ходе групповых занятий подобные «сильные» больные нередко принимали на себя роль педагога, помогая и подсказывая другим больным, активно поощряя их.

Наряду с мотивом взаимопомощи в групповых занятиях действует и *мотив «соревнования»*, связанный со стремлением к самоутверждению в группе, желанием заслужить одобрение товарищей, повысить общий эмоциональный фон в группе. Этот фактор проявился наиболее отчетливо в ситуации викторин и игр, когда *ведущий мотив деятельности* — реабилитация — смещался на цель выполняемого действия: победить в соревновании, проявить себя в нем с наилучшей стороны. Это способствовало увеличению речевой активности, уменьшался латентный период вербальной реакции, увеличивался темп речи, вербальная продукция больных также улучшалась в качественном отношении. Так, например, во время игры в «речевое домино», когда больные стремились найти оригинальные связи слов, больная, страдающая грубой комплексной моторной афазией со спонтанной речью на уровне отдельных слов, подложила карточку, изображающую дом, к рисунку буханки хлеба и произнесла правильную фразу: «В избе пахнет хлебом», значительно превышающую ее обычный уровень вербальной коммуникации. Другая больная, страдающая сходными нарушениями речи, в этой игре подкладывает изображение коровы к рисунку холодильника и говорит: «Купила ножки... коровы... варила холодец... в холодильник». Одной из форм проявления фактора соревнования является стремление больных привносить в занятия шутки, остроты, юмористические моменты (с помощью жеста, отдельных слов, коротких фраз), что, в свою очередь, переводит коммуникацию на произвольный уровень и тем самым способствует повышению общей речевой активности больного.

Данные проведенного обучающего эксперимента позволяют выделить кроме мотивов-стимулов, побуждающих коммуникацию больных, и некоторые условия, способствующие реализации функций мотивов.

К числу таких условий можно отнести, во-первых, *возникновение «проблемной ситуации»*, когда, например, ответ не ясен и происходит групповое его угадывание. Примером такой ситуации является применение метода рисования и последующего угадывания сенсублизированных изображений (рисунков больных), когда каждый член группы стремится предложить свою, по возможности смешную, альтернативу ответа. Аналогичной является ситуация рассогласования ожидаемого ответа с репликой, данной больным, например, при применении метода драматизации. В этом случае нередко все больные одновременно подключались к диалогу.

Одним из условий расширения возможностей коммуникации больных с афазией является также использование наглядных средств: реальных предметов и картиночного материала. Это особенно важно для больных с грубой степенью выраженности афазии, у которых возможной формой коммуникации становится выбор соответствующей картинки, что, в свою очередь, часто способствует произнесению нужного слова.

Важным условием побуждения к коммуникации является также и *выбор аффективно окрашенных тем для занятий*. Так, внутри темы: «Медицина», наибольший коммуникативный эффект, как в беседе, так и при драматизации, вызывает вопрос о давлении: каждый больной пытается рассказать, какое у него бывает давление и как он себя при этом чувствует. Все больные активизируются, если в ходе занятия разговор касается их близких, при этом нередко возникают возможности даже фразовой речи. Например, во время занятия на тему «В ателье» один больной, у которого спонтанная речь почти отсутствовала, на вопрос о том, шьет ли его жена, ответил фразой: «Нет, она боится... немного, мелкое». Очень хорошо больные реагируют на «кулинарные» темы, с удовольствием обсуждают рецепты любимых блюд, меню обеда в ресторане и т.д. При этом легко актуализируются низкочастотные и трудные по фонетической структуре слова.

И, наконец, возвращаясь к тому, о чем мы говорили вначале, можно заключить, что одним из важных условий, способствующих повышению мотивации к коммуникации у больных с афазией, является *благоприятный социально-психологический климат* в малой терапевтической группе, способствующий возникновению мотива взаимопомощи, взаимной поддержки и обеспечивающий социальное приятие каждого больного как члена данной малой группы. Создание и поддержание такого благоприятного климата — одна из важнейших задач психолога, проводящего групповые занятия.

Итак, в процессе групповой реабилитации больных с афазией в малой терапевтической группе формируются мотивы, побуждающие и стимулирующие их деятельность по восстановлению общей и вербальной коммуникации и способствующие преодолению у них отрицательных личностных установок. Побудительная сила этих мотивов во многом зависит от применяемых методов групповых занятий, от создания оптимальных условий для коммуникации больных с афазией.

Остановимся теперь на вопросе, изменяется ли личность больного в ходе восстановительного обучения, включающего как инди-

видуальные, так и групповые занятия. Если же личность претерпевает изменения, то в чем они выражаются.

§ 3. Динамика некоторых свойств личности больных с афазией в ходе восстановительного обучения

Для решения поставленных задач мы использовали метод «полярных профилей». Применительно к нашим целям нами была модифицирована методика, предложенная для изучения личности больных с афазией С.А. Дорофеевой (1975).

В эксперименте применялась шкала, состоявшая из отрезков прямой длиной 10 см. Конечные точки отрезков обозначали полярные качества, точки на отрезках — степень выраженности этих качеств. При обработке результатов измерялось расстояние от точек до полюсов. Личностные качества больных оценивались их родственниками по следующим параметрам: эмоционально-волевые качества, активность, отношение к окружающим. Оценка производилась дважды: первая отражала личные качества больных до заболевания, вторая — после перенесенного инсульта.

В работе был получен вывод, подтверждающий, что у всех больных, страдающих афазией в результате сосудистой патологии, как реакция на болезнь отмечаются изменения личностных качеств, которые проявляются в невротоподобных расстройствах разной степени выраженности.

Наша модификация метода шла по двум направлениям. Во-первых, учитывая, что основной задачей реабилитации было восстановление коммуникативной функции речи, мы выбрали те характеристики личности, которые наиболее связаны с вербальной коммуникацией и, следовательно, могут отражать ее динамику, и, во-вторых, так как шкалирование производили сами больные, а не их родственники, мы давали такие определения измеряемых качеств, которые были бы доступны пониманию больных с афазией, т.е. давалось развернутое описание каждого качества с применением нескольких синонимов. Например: «Я очень раздражительный, не умею сдерживаться, меня все возмущает и раздражает» — «Я очень сдержанный, умею сдерживаться, держать себя в руках, не раздражаюсь».

Изучение изменений личностных характеристик проводилось по четырем шкалам: эмоционально-волевые качества, активность, отношение к окружающим, коммуникативность.

Больные методом самооценки должны были оценивать свои качества по предложенным шкалам, опираясь на полярные выражения предложенных качеств. Например, испытуемым предлагались для полярных выражений (два утверждения) качества «счастье», напечатанных в одной строке по краям листа бумаги: «Я самый несчастный» и «Я самый счастливый». Между этими утверждениями помещались 7 отрезков прямой с «0» на центральном отрезке, куда больной помещал себя в случае, если не мог оценить предложенное качество личности или же считал, что оба полярных качества у него выражены одинаково. Вправо и влево от нуля располагались следующие оценки: «слабо», «средне», «сильно».

Соответственно этим оценкам, поставив крестик на одном из отрезков, испытуемый определял степень выраженности у него предложенного для оценки качества личности.

	сильно	средне	слабо	0	слабо	средне	сильно	
я самый								я самый
несчастный	—	x	—	—	—	—	—	счастливый

Из данного примера протокола видно, что испытуемый считает себя «средне» несчастным человеком, т.е. он оценивает себя как человека несчастного, но считает, что это качество может быть выражено сильнее, чем у него в настоящее время.

Подобное шкалирование проводилось дважды — при поступлении больного в стационар для прохождения курса восстановительного обучения и при выписке. Таким образом, мы могли наблюдать, как изменяется оценка больным самого себя под влиянием системы методов восстановительного обучения, направленного на восстановление речи и других психических функций больного.

Исследование проводилось лишь с теми больными, которые могли точно понять задание. Во время эксперимента педагог оказывал помощь больным в чтении и осуществлял постоянный контроль понимания ими заданий.

Было проведено исследование в начале и в конце цикла восстановления 22 больных с различными формами афазии, прошедших полный курс восстановительного обучения. По данным двух исследований строились графики, на основании которых делались заключения относительно динамики личностных качеств больного в ходе восстановительного обучения (рис. 5).

степень выраженности личностных качеств

положительный

полюс



На рисунке приведены результаты исследования больной К. Они очень показательны. Мы видим значительную положительную динамику качеств больной по всем шкалам (сдвиг графика в сторону положительного полюса), кроме шкалы отношения к окружающим. Больная в конце курса реабилитации стала оценивать себя как более активную, общительную, повысился фон ее эмоционально-волевой сферы.

При применении метода полярных профилей были получены следующие результаты:

— положительная динамика изменений личности наблюдалась у 64% больных, у 22% больных не наблюдалось заметных изменений в сфере личностных качеств, у 14% — отмечалась отрицательная динамика личности;

— при повторном шкалировании в конце курса восстановительного обучения самооценка больных становилась более определенной, больные гораздо реже помещали себя в «0»;

— наибольшая положительная динамика отмечалась в сфере коммуникативности (шкала коммуникативности), положительный эффект отмечался у 80% испытуемых;

— у 70% больных положительная динамика выражена в сфере активности (шкала активности);

— наибольший разброс результатов отмечался при исследовании по шкале отношения к окружающим — здесь в равной степени отмечалась динамика с любым знаком;

— самыми устойчивыми в нашем случае оказались те качества личности, которые мы обозначили в шкале «эмоционально-волевая сфера».

Результаты исследования были сопоставлены с данными, полученными по «методу учета динамики речи», разработанному в нашей лаборатории (Цветкова, Ахутина, Полонская, Пылаева, 1979; Пылаева, 1979) (табл. 2).

Таблица 2. Результаты сравнения динамики личности с динамикой речи в ходе реабилитации

больные	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
динамика личности	-	-	-	0	0	0	0	0	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
динамика речи	0	+	0	0	0	+	-	0	+	+	+	0	+	+	+	+	+	+	+	+	0	+

Примечание: «+» обозначает положительную динамику процесса, «-» — отрицательную, «0» — отсутствие динамики.

Как видно из таблицы 2, знак динамики речи и личности, как правило, совпадает, т.е. при положительной динамике восстановления речевых процессов больные отмечают у себя и положительную динамику личностных качеств. Отрицательная динамика или ее отсутствие в речи ведет к отрицательному изменению в сфере личностных качеств или же динамика личности также отсутствует.

Таким образом, наше исследование показало, что в ходе восстановительного обучения, осуществляющего комплексное и «системное воздействие» на психическую сферу больного, отмечается положительная динамика некоторых качеств его личности, повышается активность больного, его коммуникативные способности. Указанные изменения положительно влияют на восстановление нарушенных речевых функций больного.

Заключение

Проведенные экспериментальные и практические групповые занятия с больными, страдающими афазией, дают полное основание говорить о высокой продуктивности этой формы восстановительного обучения. Групповые занятия выступали в качестве метода, апеллирующего

щего, с одной стороны, к личности больного, его эмоционально-волевой сфере, а с другой — к социальным аспектам речи, к коллективным формам их реализации.

Современные представления о коммуникативной функции речи как социальном продукте межличностных общений в группе, в коллективе, появляющейся в результате активной направленности речевого поведения человека на выражение своих мыслей, намерений, состояний, реализуются в групповых занятиях с больными посредством специальных, адекватных этим представлениям методов, приводя к значительному реабилитационному эффекту.

Социальное и психологическое воздействие на заболевшего человека, на его нарушенную речь методом групповых занятий оказалось эффективным в восстановлении способности больных к общению с окружающими людьми, в преодолении дефектов личности. Эксперименты показали, что в ходе занятий у больных значительно улучшалась речь. Улучшения проявлялись: в росте активного словаря и частотной фразеологии, в изменении темпа речи (появлялась «беглость» в диалоге), в преодолении феномена «страха речи», в формировании активной позиции в речевой ситуации и др. Помимо решения специальных задач по восстановлению у больных речи, ее коммуникативной функции, групповые занятия способствовали восстановлению и других форм коммуникации: во взаимосвязи с речью жест, мимика, эмоционально-выразительные формы речи выступали в групповых занятиях не в замещающей речевую функцию, а в сопровождающей ее, усиливая тем самым эффект коммуникации.

Групповые занятия оказывали и общее психотерапевтическое влияние на больного человека. Эффект этого влияния проявлялся в снижении тревожности, в исчезновении фобии речи, в улучшении общего эмоционального состояния больных, в повышении работоспособности и др. Положительные изменения в эмоционально-волевой сфере больного, его личности, восстановление коммуникативных способностей — все это вело к формированию правильных психологических установок, притязаний.

Настоящая работа показала значительную положительную роль не только методов групповых занятий, но и роль самой группы как важнейшего положительного механизма системного воздействия на личность больного, на его речевой дефект. Оказалось, что малая терапевтическая группа наряду с известными для нормальной малой социальной группы механизмами и характеристиками имеет и свои

специфические механизмы воздействия на личность члена группы. Различные формы взаимодействия членов группы — сотрудничество, взаимопомощь, соревнование — оказались хорошими методами преодоления дефектов вербальной коммуникации и личности больных с афазией. Таким образом, и сама группа с ее особыми механизмами воздействия на ее членов, и групповые методы обучения, учитывающие социальный характер речи и личности больного и обеспечивающие системное воздействие на дефект через воздействие на разные стороны психической сферы, — все это позволяет нам получить значительный системный эффект восстановления не только речи, но и других психических процессов, состояний.

Это дает основание рассматривать терапевтическую группу больных с афазией первичной средой (после семьи), облегчающей переход больных в нормальную социальную среду и являющейся кратчайшим путем перехода больных к вербальной коммуникации, к общению с окружающими людьми.

Каковы психологические механизмы терапевтической группы, обеспечивающие эффективность решения сформулированных задач (восстановление вербальной и невербальной коммуникации, преодоление изменений личности)? Прежде всего, — это общение людей, которое наряду с предметно-практической деятельностью современная психология рассматривает в качестве важнейшей детерминанты психических процессов и состояний, совместная практическая, учебная деятельность. Все эти виды деятельности, реализуясь в группе, порождают различные виды взаимодействий членов группы (соревнование, взаимопомощь и др.).

Именно поэтому можно думать, что групповые занятия при правильной их организации, при научном обосновании их методов, при обязательном их взаимодействии с индивидуальной формой обучения могут стать сильным фактором, способствующим мобилизации всех резервов как в психической сфере, так и в работе головного мозга.

Литература

1. Ахутина Т.В. Нейролингвистический анализ динамической афазии. — М., 1975.
2. Ахутина Т.В., Полонская Н.Н., Цветкова Л.С. Нарушение актуализации слов у больных с афазией. — Вестник Московского университета (серия «Психология»). — 1977. — № 4.

3. Бейн Э.С. Афазия и пути ее преодоления. — Л., 1964.
4. Бехтерев В.М. Коллективная рефлексология. — Петроград, 1921.
5. Божович Л.И., Богонадежина Л.Б. (Ред). Изучение мотивации поведения детей и подростков. — М., 1972.
6. Брусиловский Л.С. Музыкалотерапия. В кн.: Руководство по психотерапии. — Ташкент, 1979.
7. Вольперт И.В. Психотерапия. — М., 1972.
8. Глозман Ж.М. Нейропсихологический и нейролингвистический анализ грамматических нарушений речи при разных формах афазии. Канд. дисс. — М., 1974.
9. Дорофеева С.А. Особенности психических реакций у больных с сосудистыми афазиями. — Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. — 1975. — № 8.
10. Калита Н.Г. О природе и механизмах нарушения номинативной функции речи при акустико-мнестической афазии. Канд. дисс. — М., 1976.
11. Калита Н.Г., Пылаева Н.М. Аудио-визуальная методика восстановления речи у больных с комплексной височной и семантической афазиями. В кн.: Проблемы афазии и восстановительного обучения. — М., 1975.
12. Коган В.Л. Восстановление речи при афазии. — М., 1962.
13. Леонтьев А.Н. Потребности, мотивы и эмоции. (Конспект лекций). — И., 1971.
14. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. — М., 1977.
15. Лурия А.Р. Травматическая афазия. — М., 1947.
16. Лурия А.Р., Цветкова Л.С. Нейропсихологический анализ предикативной структуры высказывания. В кн.: Теория речевой деятельности. — М., 1968.
17. Мясищев Р.Н., Годзинер А.Л. Влияние музыки на человека по данным электроэнцефалографических и психологических показателей. — Вопросы психологии. — 1975. — № I.
18. Парыгин Б.Д. Основы социально-психологической теории. — М., 1971.
19. Полонская Н.Н. Использование аудио-визуальной методики для восстановления речи у больных с моторными формами афазии. В кн.: Проблемы афазии и восстановительного обучения. — М., 1975.
20. Пылаева Н.М. Разработка и применение системы методов оценки нарушения и восстановления речи при афазии. Канд. дисс. — М., 1979.

21. *Теплов Б.М.* Психология музыкальных способностей. — М.–Л., 1947.
22. *Цветкова Л.С.* Восстановительное обучение при локальных поражениях мозга. — М., 1972.
23. *Цветкова Л.С.* Аудио-визуальные методики и их значение в восстановлении речи при афазии. В кн.: Проблемы афазии и восстановительного обучения. — М., 1975.
24. *Цветкова Л.С.* Восстановительное обучение больных с афазией. В кн.: Психология и медицина. — М., 1978.
25. *Цветкова Л.С.* Социопсихологический аспект реабилитации больных с афазией. В кн.: Проблемы афазии и восстановительного обучения. — М., 1979.
26. *Цветкова Л.С., Ахутина Т.В., Полонская Н.Н., Пылаева Н.А.* Метод точной оценки эффективности восстановления речи у больных с афазией. Там же.
27. *Цветкова Л.С., Глозман Ж.М.* Аграмматизм при афазии. — М., 1978.
28. *Цветкова Л.С., Цыганок А.А.* Нарушение понимания слова при разных формах афазии. — Вестник Московского университета (серия «Психология»). — 1977. — № 2.
29. *Aronson M., Shatin L., Cook J.* Socio-psychotherapeutic approach to the treatment of aphasic patients. *Journ. Sp. Hear. Disord.*, 1956, 21, pp. 352–364.
30. *Bales R.F.* Interaction process. N.Y., 1964.
31. *Podolsky E.* Musictherapy N.Y.1954
32. *Schlanger B.* Group Therapy procedures with aphasics. *Journ. Sp. Hear. Disord.* 1966, v.12, n. 4a.
33. *Schlanger P., Schlanger B.* Adapting role playing activities with aphasic patients. *Journ. Sp. Hear. Disord.*, 1970, v. 35
34. *Voinescu J., Debrot V.* Psychotherapeutic aspects of rehabilitation in aphasia. *Rev. Roum. de Neurologia*, 1972, n.9.

детская нейропсихология

нейропсихологический подход к диагностике и коррекции нарушений развития у детей

Нейропсихологический анализ школьной неуспеваемости среди учащихся массовых школ

А.В. Семенович, С.О. Умрихин, А.А. Цыганок

Нейропсихологический анализ состояния высших психических функций у объективно здоровых детей 6–10 лет с трудностями обучения позволил сформулировать типологию их психической и мозговой организации. Примерно 80% правшей в рамках нормального онтогенеза демонстрируют несформированность отдельных составляющих психической деятельности, являющуюся следствием закономерностей гетерохронного морфофункционального созревания головного мозга. У левшей или правшей с парциальным и/или семейным левшеством отмечается атипия нормального онтогенеза, отражающая специфический характер становления частных психических процессов. У 10–20% правшей имеет место аномальный онтогенез, протекающий в условиях минимальной мозговой дисфункции, сопровождающийся системной недостаточностью ряда психических функций. Для каждой группы детей специфичен свой путь коррекции трудностей обучения.

Проблема школьной неуспеваемости приобретает все более угрожающие масштабы. При этом следует особо подчеркнуть, что она касается и объективно психически полноценных детей. В контексте дан-

ной работы мы сознательно отвлекаемся от комплекса социальных, межличностных, внутришкольных и внутрисемейных ее истоков и полностью концентрируем внимание на сфере собственно познавательной недостаточности учащихся. К настоящему времени можно, обобщая, говорить о двух основных парадигмах, в рамках которых разрабатывается эта проблематика.

С одной стороны, причины школьной неуспеваемости рассматриваются в клиническом аспекте, диагностируются как задержки психического развития [4–7] и связываются с патологией головного мозга даже у ребенка, объективно (по клиническим параметрам) психически здорового [10, 11, 17]. В таких случаях причины трудностей обучения определяются терминами «нарушение», «патология», «минимальная мозговая дисфункция» и т.д. Альтернативная группа психологов склонна относить эти трудности к педагогической запущенности и объяснять их патогенез социально обусловленными факторами [3].

Приверженность той или иной точке зрения является не просто констатацией реально существующего факта, но, по сути, предопределяет место и задачи психолога в этой ситуации. Обилие противоречивых и порой просто недостаточно изученных фактов и практическая актуальность заставляют еще раз вернуться к типологии школьной неуспеваемости среди учащихся массовых школ.

Повседневная реальность такова, что один ребенок начинает говорить в год, а читать в три, в то время как другой лишь ко второму классу с трудом усваивает послоговое чтение; у этого — абсолютная грамотность, а тот, вызубрив наизусть все правила, делает в каждой строчке по четыре ошибки... Изучить это явление, попытаться вскрыть закономерности, стоящие за ним, наконец, помочь — задача междисциплинарная. В ее решение включены врачи-невропатологи, физиологи, психологи, педагоги. Высокой информативностью при такого рода исследованиях отличается нейропсихологический метод синдромного анализа состояния психических функций по А.Р. Лурии [8].

Опыт нейропсихологического консультирования детей с трудностями обучения продемонстрировал высокую валидность и адекватность именно такого подхода к данному контингенту. Во-первых, практически однозначно решается дифференциально-диагностическая задача: в результате обследования выявляются базисные патогенные факторы, а не актуальный уровень знаний и умений. Ведь внешне и патохарактерологические особенности ребенка, и педаго-

гическая запущенность, и первичная несостоятельность познавательных процессов могут проявляться одинаково — «двойка по русскому». Во-вторых, только нейропсихологический анализ такой недостаточности может вскрыть механизмы, лежащие в ее основе, и подойти к разработке специфических, особым образом ориентированных коррекционных мер. Подчеркнем это неперемное условие: важен именно синдромный подход, иначе, как показывает опыт, неизбежны искажения, односторонность результатов, обилие артефактов.

Очевидно, что социальное созревание ребенка не может не коррелировать с созреванием церебрального аппарата, мозговых механизмов обеспечения высших психических функций. Можно обозначить три основных варианта онтогенеза (морфологического, нейрофизиологического и т.п.) ЦНС и головного мозга, в частности: нормальный, аномальный (патологический) и атипичный, которым соответствует определенный вид онтогенеза психического.

Если произвести гипотетический возрастной срез, каждый из вариантов онтогенеза можно представить как континуум (или кривую распределения по Гауссу), внутри которого отмечается достаточно широкий разброс органической зрелости мозга: «гетерохронии являются определяющим фактором и, очевидно, единственной возможностью постепенного разрастания и целесообразного созревания мозговых структур» [14]. Эта закономерность справедлива как для онтогенеза общего, так и для частного: этапы созревания структур мозга детерминируют функциональную готовность мозга к осуществлению тех или иных психических функций [9, 13–15, 17, 18]. И это качество, как показывает опыт, индивидуализировано в высшей степени. Цель данной работы — описание нормального варианта онтогенеза психики в той части гипотетического континуума, которую можно определить как неблагополучную.

Методика

В настоящем изложении представлены результаты психологической работы с детьми 6–10 лет (более 300 человек), проводимой на базе Центра лечебной педагогики (ЦЛП) г. Москвы. Обычно родители обращаются за помощью в ЦЛП либо в связи с оправданными сомнениями относительно готовности ребенка к школе, либо из-за очевидной школьной дезадаптации вследствие неуспеваемости и плохого поведения. Нередко к моменту консультации конфликт между ребен-

ком и педагогом достигает таких масштабов, что стоит вопрос о переводе во вспомогательную школу или на индивидуальное обучение. Внешне проблемы этих детей выглядят примерно одинаково. Им с трудом могут даваться чтение, письмо или счет. Они попадают в разряд «ленивых», «вздорных», «бестолковых». При этом какие-либо видимые причины отсутствуют: заключение невропатолога или психиатра констатирует соответствие психического статуса и ЦНС в целом нормативному.

Все дети были обследованы с помощью нейропсихологического анализа состояния психических функций по А.Р. Лурии [8].

Результаты исследований и их обсуждение

Анализ результатов проведенного нейропсихологического обследования в описываемой выборке детей позволил сформулировать типологию психологической и мозговой организации причин школьной неуспеваемости среди учащихся массовых школ.

Аномальный онтогенез, протекающий в условиях минимальной мозговой дисфункции, обнаруживается у 10–20% правшей. Он сопровождается системной недостаточностью ряда психических функций, производных от определенного фактора, реализация которого опирается на соответствующие отделы головного мозга.

Для левой или правой с парциальным и/или семейным левшеством характерна атипия нормального онтогенеза, отражающая специфический характер становления частных психических функций (различных аспектов и уровней их актуализации) и межфункциональных связей. Она связана с нейробиологическими особенностями развития их мозга, тяготеющего к функциональной недифференцированности, амбилатеральности и относительной автономии мозговых гемисфер.

Около 80% правшей в рамках нормального онтогенеза демонстрируют несформированность отдельных составляющих психической деятельности, являющуюся следствием закономерностей гетерохронного морфофункционального созревания головного мозга. Именно эта группа является основной предмет настоящего описания, так как, во-первых, она среди правшей с трудностями обучения подавляющая по численности; во-вторых, именно здесь психолого-педагогическое сопровождение и помощь являются не просто оптимальными, но единственно возможными. Наконец, описание и анализ

данной реальности оказались вне исследовательских интересов и отсутствуют в соответствующих разработках.

Синдромный нейропсихологический анализ психически здоровых учащихся массовых школ с трудностями обучения выявил в каждом отдельном случае специфическую картину, обусловленную влиянием конкретных факторов. И эти факторы суть отражение несостоятельности определенных звеньев психической деятельности вследствие их несформированности. По результатам проведенного анализа можно говорить о трех основных симптомокомплексах, в которых такая несформированность актуализируется. Опишем их, приводя в качестве иллюстрации среднего представителя каждой из выделенных групп. Заметим, что при описании найдут отражение лишь те функции, недостаточность которых выявляется при обследовании. Такие же процессы, как интеллект, те виды праксиса и гнозиса, которые не приводятся в обсуждении, остаются в пределах возрастной нормы.

Группа I. Уже в ходе беседы с родителями выясняется, что ребенок легко отвлекается, не может сосредоточиться, быстро устает от занятий, его трудно надолго заинтересовать, он вял и равнодушен практически ко всему, особенно если это связано с выполнением школьных заданий. Учебная программа усваивается им с трудом, а подчас и с отвращением. В обследовании он медлителен, монотонен, не всегда выдерживает программу эксперимента, не обнаруживает заинтересованности в получении лучших результатов. Все это наводит на мысль о недостаточности нейродинамического компонента психической деятельности. Однако в течение эксперимента обнаруживается, что в конце ребенок способен выполнить достаточно сложные задания, т.е. истинного истощения не происходит. Если намеренно ускорить темп и не давать ребенку расслабиться, он выдержит его без особого труда. Наблюдение его в игровой ситуации (особенно с соревновательным акцентом) показывает, что его активность не уступает активности сверстников; при удачном контакте с психологом он может устроить такой «фейерверк», который буквально приводит родителей в шок необъяснимо рекордной высотой результатов, причем именно в области учебных знаний и умений. Таким образом, налицо явная диссоциация между протеканием учебной и «игровой», в широком смысле, деятельности.

Основным феноменом, объединяющим внешние разнородные симптомы, выступает склонность ребенка к упрощению программы вне зависимости от конкретной задачи, некоторая тенденция к пер-

северациям, стремление к привлечению внешних опор при выполнении того или иного теста. При этом внешний контроль со стороны психолога («Ты все нарисовал?», «Внимательно!», «Давай работать по команде!») или просто недоумевающие жесты, мимика или междометия), как правило, повышает эффективность работы, равно как и дробление экспериментальной программы на последовательные подпрограммы.

Особое внимание привлекает крайне бедная речевая продукция ребенка. Речь носит преимущественно реактивную форму, она примитивна по синтаксису и разнообразию изобразительных средств, включение в активную, развернутую речевую деятельность несколько затруднено, при этом все базисные характеристики речи (сенсорная, моторная, номинация, повторение, понимание) интактны. Первично достаточными являются праксис, гнозис, память.

В совокупности все эти факты приводят к выводу о том, что основным радикалом в данном случае является недостаточность саморегуляции, программирования, целенаправленности и контроля за протеканием собственной деятельности. И связана она, очевидно, с несформированностью регулирующей функции речи. Речь такого ребенка еще не достигла того уровня развития, когда она становится организатором и конструирующим фактором его деятельности. Из-за этого нормальное развитие других познавательных процессов при отсутствии саморегуляции и самоконтроля собственной речью не приводит к адекватной адаптации к новым социальным условиям. Именно поэтому привлечение внешних опор, в первую очередь организующая деятельность со стороны взрослого, должны стать основой для психологической работы с такими детьми, ориентированной на формирование у них внутреннего алгоритма функционирования в новой социальной реальности.

Сопоставляя полученные данные с общеизвестными представлениями о функциональной роли структур мозга [8, 12, 13, 15], можно, вероятно, говорить, что описанный тип несформированности психической деятельности связан с относительной незрелостью лобных отделов головного мозга, которые, как известно, окончательно формируются лишь к 12 годам [2, 15, 17, 18].

Возникает вопрос, почему же у этих детей на первый план выступает феноменология, которая внешне актуализируется как «невнимательность», «рассеянность» и т.п., т.е. свидетельствует о несостоятельности глубинных структур мозга? Скорее всего, это связано с тем, что

период 7–10 лет является этапом формирования системной организации процесса внимания [9]. А он, в свою очередь, определяется степенью морфофункционального созревания лобных отделов коры больших полушарий. Недостаточная зрелость этих церебральных структур, которая на психологическом уровне проявляется в описанной выше симптоматике, очевидно, препятствует упрочению лимбико-таламо-фронтальных взаимосвязей, представляющих собой важнейшую интегративную систему мозга, на которой базируется в онтогенезе появление управляемой локальной активации, стабилизирующей и упорядочивающей психическую деятельность во всех ее проявлениях.

Группа II на первый взгляд очень напоминает первую. Среди жалоб родителей, прежде всего, выступают эпитеты «ленивый», «невнимательный», «неуправляемый» и т.д. Но на этом сходство, пожалуй, и кончается. Дети этой группы отличаются выраженной эмоциональной лабильностью, быстрой пресыщаемостью, подчас просто неадекватными реакциями на происходящее. Из биографических данных становится известно, что ребенок практически всегда отличался от своих сверстников: излишне чувствителен, капризен, часто неуправляем в поведении, нередко патологически упрям. У таких детей может отмечаться излишняя полнота или, напротив, они слишком худы по сравнению со сверстниками; явления энуреза вплоть до 10–12 лет; изменения аппетита и формулы сна. Они неловки, долго не могут овладеть операциями, требующими тонкой моторной дифференцировки. Они быстро истощаются, демонстрируют не очень хорошую память, неустойчивое внимание. Следует отметить, что последние из приведенных феноменов выступают на первый план и в ходе объективного обследования. Встречаются реакции типа логоневроза.

Нельзя сказать, что у этих детей особенно страдает какая-либо психическая функция. Но постоянные флюктуации внимания, возникающие во время обследования, «застывания», ссылки на то, что он как раз подумал о другом и просит повторить, чего от него хотят, могут привести к неуспеху в любом виде деятельности. Вместе с тем дети из этой группы в течение получаса могут не принимать полноценного участия в эксперименте, кривляясь и ерничая, и лишь после специальных «приемов» со стороны психолога сознаться, что «вообще-то он хороший и все сделает, но любит пошутить». Понятно, что на таком фоне успехи в школе становятся неразрешимой проблемой.

Особо следует отметить речь этих детей. Она, как правило, не просто хорошо развита, но иногда даже представляется несколько

вычурной, резонерской. Светская беседа с ними — развернутое действие, в котором ребенок, как правило, пытается блеснуть всеми своими достаточно обширными познаниями. При этом нередки элементы заикания и некоторых дизартрических проявлений. Ярким примером может служить один из мальчиков 8 лет, который, вдохновенно увиливая от тестовых заданий, переводил беседу в плоскость обсуждения архитектурных стилей, в которых разбирался совсем неплохо, но при этом демонстрировал явную тенденцию к скандированной речи с элементами дизартрии, а шнурки по просьбе психолога с сопеением завязывал минуты три.

Нельзя назвать ни одного стойкого дефекта при выполнении детьми этой группы экспериментальных тестов. На фоне явно сниженной общей нейродинамики они демонстрируют показатели мнестической деятельности в рамках возрастных нормативов или даже превосходя их, неплохо читают, пишут. Но для всех характерна недостаточность фоновых компонентов психической деятельности: плавности, переключаемости, удержания уровня тонуса. Исполнительная сторона графической деятельности (письма, рисунка) крайне затруднена и наводит на метафору «как курица лапой», что зачастую приводит к конфликту с учителями.

Ключом к пониманию несостоятельности таких детей может служить ответ 11-летнего мальчика, у которого наблюдался дневной энурез; на вопрос отца мальчик ответил: «Да, я знал, что надо бежать в туалет, но так интересно было дочитать». Иными словами, основным радикалом в данной группе является несбалансированность тонизирования поведения за счет внешних социальных условий и внутренней аутостимуляции; это явление сопряжено со слабостью нейродинамического и эмоционально-аффективного аспектов психической деятельности, т.е. налицо функциональная недостаточность глубоких структур мозга. Но как тогда объяснить в целом нормально протекающие высшие когнитивные функции, высокие достижения этих детей в интеллектуальных пробах? Кроме того, ни одно объективное клиническое обследование не фиксирует никаких отклонений в работе субкортикальных образований, выходящих за пределы возрастной нормы.

Представляется возможной следующая объяснительная модель. Практически все дети этой группы в период до двух лет перенесли множественные воспалительные заболевания, сопровождавшиеся отитами, что не могло не сказаться на состоянии подкорковых обра-

зований. Единожды проявив себя, вредность прекратила свое непосредственное влияние, но предопределила весь дальнейший онтогенез. Имея в виду то центральное место, которое занимают в начале жизни ребенка подкорковые образования [1, 2, 6, 9, 12, 13, 18], можно предположить, что искаженно шло функциональное развитие и их самих, и их связей с корковыми отделами мозга. При этом отчетливо видно, что базальные психические образования развивались ущербно (что и отмечается при актуальном обследовании ребенка), в то время как высшие — весьма эффективно, во многом опережая соответствующие возрастные нормативы. Это, несомненно, связано с процессами компенсации, которые повсеместно наблюдаются у ребенка, свидетельствуя о высочайшей пластичности, стремлении к адаптации любым доступным путем. Однако низшие и высшие этажи любой психической функции должны быть сбалансированы, иначе разрыв между ними будет усугубляться хотя бы в силу того, что предельно развитые высшие психические структуры из-за своей энергоемкости станут обкрадывать низшие, еще усугубляя их относительную несостоятельность. Чем дальше идет развитие высших когнитивных уровней, тем больше диссоциация между ними и иерархически более низкими этажами психики, включая эмоционально-волевую сферу, биоритмы, геостатические функции, нейродинамику. На том возрастном срезе, который мы наблюдаем в нашем исследовании, никаких патологических знаков со стороны подкорковых образований не фиксируется, но выявленная феноменология указывает, что опосредуемые этими структурами психологические системы функционируют в недостаточном режиме, что не установлен баланс тонизирования поведения за счет верхних и нижних этажей психики — налицо несформированность подкорково-корковых отношений. В совокупности эти обстоятельства неизбежно приведут к срыву. Собственно, именно его мы и наблюдаем в описываемой группе детей, с присутствующими им недостаточностью фоновых компонентов психической деятельности и неврозоподобным симптомокомплексом.

Несформированность корково-подкорковых отношений особенно ярко проявляется в изучаемом нами возрасте, так как он является сензитивным (а следовательно, максимально энергоемким) периодом; при переходе к школьному обучению возникают повышенные нагрузки как на высшие, когнитивные структуры, так и на общую, обеспечивающую эмоциональный и энергетический тонус, сферу ребенка. При этом возникает ситуация, когда ребенок даже превышает

нормативный уровень, а его аффективно-волевая сфера, сбалансированность тонизирования поведения, нейродинамические показатели запаздывают на 2—3 года.

Представляется, что оптимальный вариант психологической помощи в данном случае — сознательно «опустить» ребенка на уровень, адекватный его более низким возможностям, и начинать выстраивать линии его поведения, минимально опираясь на речь и максимально привлекая широкий спектр двигательных, изобразительных, паралингвистических средств. Нельзя забывать, что речь, в достаточной степени развития, во многом не достигает уровня главного регулятора, она как бы оторвана от управления поведением ребенка, следовательно, часть формирующих занятий должна быть ориентирована на это обстоятельство.

Поскольку очевидно, что такие дети представляют собой «группу риска» во многих отношениях, их сопровождение должно объединять усилия не только педагога и психолога, но и грамотного, опытного невропатолога. Следует это подчеркнуть особо, ведь до того как эти дети оказались в ЦПП, они безуспешно прошли через массу диагнозов, включая и психиатрические. Работа в ЦПП с этой группой детей показала, что рассмотрение их трудностей в парадигме несформированности корково-подкорковых отношений и соответствующая помощь, включающая различные специфические формы психолого-педагогического воздействия в совокупности со специальными гимнастическими и эстетическими занятиями, дают обнадеживающие прогностические результаты.

Группа III является самой многочисленной среди обследованных детей. Как правило, трудности у них проявляются в достаточно позднем возрасте — в начале обучения их грамоте, если родители внимательно наблюдают за развитием ребенка и сравнивают его со сверстниками. Переломным этапом становится начало освоения чтения, счета и особенно письма.

Казалось бы, эти дети без особого труда осваивают азбуку на начальных этапах, легко узнают и изображают отдельные буквы, хотя и здесь уже встречаются явления зеркальности, замены букв, длительное неусвоение некоторых из них. Все это усиливается при переходе к чтению и письму слов и фраз. Наблюдается безуспешный поиск положения буквы или цифры на листе бумаги, замены букв, их пропуски, появление лишних букв, отсутствие границ слова: «в кустах — вукстх», «полезный — плозный», «добывать — боываь»...

Следует отметить, что даже если на каком-то этапе удастся достичь удовлетворительных результатов, в более старших классах (2–3-м), когда чтение и письмо становятся инструментом для овладения знаниями и контроля за их усвоением, трудности усиливаются. Отвлечение внимания от самих процессов письма и чтения, необходимость их осуществления на менее произвольном уровне и приводят к подобным феноменам. Все перечисленное в равной степени относится к овладению счетными операциями.

Нейропсихологическое обследование фиксирует, что, как правило, у этих детей уже сформирован сенсомоторный аспект речевой деятельности. Затруднения фонематического или артикуляционного порядка в устной речи у них можно спровоцировать только в весьма сенсibiliзирoванных условиях. Да и сам характер ошибок показывает, что дело тут не только в фонетико-фонематической недостаточности.

Скорее всего, можно констатировать несформированность межфункциональных связей между звуковой и образной реальностью, которые включают сенсорный анализ услышанного слова, кинетические и кинестетические механизмы графической и звуковой деятельности, образно-пространственную организацию букв, наконец, структуру — образ целого слова.

Дети этой группы верно повторяют диктуемое слово, но при переводе его в графический образ как бы виден результат соединения ребенком отдельных элементов, которыми для него являются и звуки, составляющие слово, и компоненты самих звуков, и буквы, которые должны это слово представлять на письме. Обилие и разнообразие ошибок, разные ошибки у одного и того же ребенка в одном слове подтверждают, что каждый раз идет развернутый перевод достаточно хорошо различимых звуков в буквы, пока еще с этим звуком (а тем более звуко сочетанием) плохо соотносимые. Буквы здесь еще не полностью вербальные знаки, что подтверждается одинаковыми по качеству и количеству параграфами и реверсиями при запоминании этими детьми геометрических фигур, букв и цифр. Очевидно, что у ребенка не выстроен гештальт, структура слова-образа. Отсюда, вероятно, обилие перестановок, во многом чисто пространственного происхождения, утраты гласных и т.д.

Наряду с перечисленным у этих детей очень слаба, неразвита, незрела пространственная сфера в области и координатных, и метрических, и особенно структурно-топологических представлений. Не

удивительно, что такое явление — самая очевидная причина неудач детей в математике.

Таким образом, «двойка по русскому» у этих детей — результат сложения нескольких составляющих: нестабильность фонетико-фонематического звуко-буквенного анализа, отсутствие упрежденных межфункциональных связей между словом звучащим и словом-образом во всем их многообразии, несформированность образа слова как гештальта, структуры, состоящей из строго определенного порядка элементов-букв, имеющих свою устойчивую пространственную организацию и пребывающих в жестко упорядоченных отношениях друг с другом.

Логопедическая и психолого-педагогическая работа с этими детьми показывает, что учет всех перечисленных факторов в ходе формирующих занятий приносит наибольший успех.

Несформированность данного звена психической деятельности с очевидностью должна быть детерминирована функциональным состоянием височных и височно-теменно-затылочных (*ТПО*) областей; кроме того, она не может не зависеть от стабильности межполушарных взаимоотношений, поскольку многие из перечисленных факторов прямо опираются на функциональное взаимодействие правого и левого полушарий мозга. Но все эти церебральные системы, как известно, причисляются к наиболее интенсивно и длительно формирующимся в онтогенезе [2, 9, 12, 13, 17, 18]. Следовательно, и здесь психический онтогенез следует за онтогенезом церебральным.

Заключение

Выше описаны три основных нейропсихологических радикала несформированности психической деятельности у 6–10-летних правшей с трудностями школьного обучения. Обозначенная феноменология есть отражение специфики формирования отдельных аспектов психического статуса в ходе нормального онтогенеза. В определенном смысле каждый такой случай может быть соотнесен с трудностями преодоления «примитивной» стадии развития высших психических функций по Л.С. Выготскому.

С точки зрения нейропсихологического анализа описанная реальность есть следствие гетерохронного и высокоиндивидуализированного процесса созревания различных отделов головного мозга. Это явление — не случайность, а один из возможных путей нормаль-

ного онтогенеза. Действительно, все три описанных типа несформированности высших психических функций устойчивы, повторяемы от индивида к индивиду и демонстрируют отчетливые закономерности своего протекания; все они актуализируют отчетливые закономерности своего протекания; все они актуализируются в тех звеньях психической деятельности, которые пребывают в сензитивном периоде; с другой стороны, именно лобные, височные и ТРО-отделы, межполушарные и корково-подкорковые взаимосвязи преодолевают в онтогенезе самый сложный и длительный путь развития, включающий многочисленные переструктурирования как самих структур, так и их системного взаимодействия. При этом именно перечисленные церебральные структуры традиционно связываются с опосредованием описанных психических процессов. Наконец, мы никогда не наблюдали в рассматриваемой популяции признаков функциональной несостоятельности и неготовности тех структур мозга, которые по принятым канонам уже завершили свой онтогенез [1, 2, 9, 13, 17, 18].

То, что обследованные нами дети в отличие от своих сверстников демонстрируют несформированность того или иного звена психической деятельности, позволяет отнести их (только по данному конкретному параметру!) к неблагоприятной части среднестатистической популяции. Они все абсолютно нормальны и, как показывает их зона ближайшего развития, потенциально способны к усвоению любой, самой сложной учебной программы.

Общее нормальное состояние их мозга, а также исходная пластичность и восприимчивость церебральных систем ребенка неизбежно приведут к наращиванию его потенциала. В ином случае функционально «невостребованные» структуры мозга будут тормозить и искажать весь ход психического развития. Причем неполноценно будут развиваться не только высшие познавательные функции, базис для которых и закладывается в данном возрастном периоде; отставание в познавательной области неизбежно повлечет изменения в сфере интересов, потребностей и эмоций растущего ребенка, поскольку психическая жизнь, как и все в природе, стремится к заполнению пустоты.

Таким образом, обследованный контингент детей с трудностями обучения требует лишь временного повышенного внимания и индивидуально ориентированной профессиональной комплексной психологической работы, направленной на «доформирование» отстающих звеньев. Ее наличие демонстрирует значительный эффект, усиливающийся по мере созревания ЦНС.

Литература

1. Адрианов О.С., Молодкина Л.Н., Ямщикова Н.Г. Ассоциативные системы мозга. — М.: Медицина, 1987.
2. Блинков С.М. Мозг человека в цифрах и таблицах. — М.: Медицина, 1964.
3. Бурменская Г.В., Карабанова О.А., Лидерс А.Г. Возрастно-психологическое консультирование. — М.: Изд-во МГУ, 1990.
4. Дауленскене Ю.И. Неврологический анализ неуспевающих учеников массовых школ: Дис. ...канд. мед. наук. — М.: Ин-т дефектологии АПН СССР, 1973.
5. Демьянов Ю.Г. Клинико-психологическое исследование детей с затруднениями усвоения элементарных школьных навыков: Дис. ...канд. мед. наук. — Л., 1971.
6. Лебединский В.В. Нарушение психического развития у детей. — М.: Изд-во МГУ, 1985.
7. Лебединский В.В., Марковская И.Ф., Лебединская К.С. и др. Клинико-нейропсихологический и нейрофизиологический анализ аномалий психического развития детей с явлениями «минимальной мозговой дисфункции» // Лурия и современная психология. — М.: Изд-во МГУ, 1982.
8. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека. — М.: Изд-во МГУ, 1969.
9. Механизмы деятельности мозга человека. Ч. 1. Нейрофизиология человека. — Л.: Наука, 1988.
10. Сантана Роландо Амадор. Нейропсихологический анализ школьной неуспеваемости в начальных классах: Дис. ...канд. психол. наук. — М.: Изд-во МГУ, 1991.
11. Симерницкая Э.Г. Нейропсихологическая методика экспресс-диагностики «Лурия-90». — М., 1991.
12. Симерницкая Э.Г. Мозг человека и психические процессы в онтогенезе. — М.: Изд-во МГУ, 1985.
13. Симонов П.В. Мотивированный мозг. — М.: Наука, 1987.
14. Системогенез и проблемы генетики мозга / Под ред. Н.П. Дубинина. — М.: Наука, 1983.
15. Функции лобных долей мозга / Под ред. А.Р. Лурии, Е.Д. Хомской. — М.: Наука, 1981.
16. Barat M. Maturation cerebrale et ontogeneze du Langage // Bordeaux Med. 1986. V. 19. No. 15–16. P. 287–291.

17. Child neuropsychology. Clinical practice / Eds Y. E. Obrcote, G. W. Hind. N. Y.: Acad. Press, 1986. V. 2.
18. Habid M., Galaburda A. M. Determinants biologiques de la dominance cerebrale // Rev. neurol. 1986. V. 142. No. 12. P. 869–894.

Нейропсихологический подход к типологии онтогенеза

А.В. Семенович, А.А. Цыганок

Проблема мозговой организации психических процессов в онтогенезе многие десятилетия является объектом изучения для широкого круга научных дисциплин. Лавинообразно нарастает поток эмпирических данных и объясняющих гипотез. Вместе с тем до настоящего времени нет исчерпывающей концепции, которая бы описывала всю сложную драматургию развития церебральной репрезентации психических функций. Характерно, что многие экспериментальные и теоретические построения подчас прямо противоречат друг другу, что неудивительно, коль скоро разрабатываются они в рамках принципиально различных научных парадигм.

Представляется, что подход, предложенный и разрабатываемый в школе А.Р. Лурии, может стать наиболее продуктивным, так как основные его постулаты, в первую очередь системность и историзм, позволяют максимально полно описать закономерности онтогенеза мозговой организации психики человека, что существенно расширяет возможности и границы интерпретации.

Обзор многочисленных общеизвестных литературных источников с неотвратимостью приводит к мысли о том, что проблема (в том числе и онтогенетическая) церебральной репрезентации любой психической функции может быть решена, очевидно, в трехмерной системе координат с фронтальной внутрислоушарной, латеральной межполушарной и вертикальной подкорково-корковой осями. Несколь-

Опубликовано в сб. «Нейропсихология сегодня». — М.: Изд-во МГУ, 1995.

ко перефразируя центральное положение луриевской нейропсихологии, можно сказать, что каждая психическая функция осуществляется благодаря специфическому вкладу в ее реализацию различных зон левого, правого полушарий мозга, субкортикальных структур и их межсистемных связей. Нейропсихологическая интерпретация в этой трехмерной системе — это фиксация основных параметров мозговой организации психической функции (в норме) или ее нарушения (при патологии) с опорой на факторный луриевский анализ. Именно в такой системе и происходят становление частных психологических функций и их взаимодействия, которые в совокупности и образуют целостный психический онтогенез.

Анализ межполушарного взаимодействия позволяет установить наличие (или отсутствие) функциональных локусов контроля: лево- и правополушарного, детерминирующих «вербально-невербальный» и «пространственно-временной» паттерны, контролирующих и закрепляющих в значительной мере инвариантные межполушарные отношения и базисную матрицу (многоуровневую по своим функциям, структуре, динамике), в рамках которой протекает психическая деятельность. Остальные дихотомии, традиционно рассматриваемые при обсуждении вопроса о функциональной асимметрии, по-видимому, зависят от этих центральных, и отражают лишь межполушарные различия при обработке различной информации.

Остановимся подробнее на оси Z — на участии корково-подкорковой системы в опосредовании дихотомии «произвольность–непроизвольность». Этот вопрос представляется принципиальным, так как классическим является обсуждение его в межполушарном аспекте: постулируется функциональный примат левого полушария в противовес правому (Лурия, 1973; Симерницкая, 1975; и др.). Собственные наблюдения позволяют высказать суждение о том, что каждое полушарие актуализирует в ходе взаимодействия свой специфический аспект произвольной регуляции, который обусловлен действием более генерализованных законов его функционального статуса. Для левого это прежде всего вербализация, абстрагирование и сукцессивность, для правого — образность, конкретизация, структурализация и симультанность. Произвольное управление структурно-топологическими синтезами в рамках любого психического процесса (памяти, речи, счета, конструктивной деятельности, мышления и проч.), по-видимому, осуществляется и правой мозговой гемисферой. Наконец, если бы справа не было собственных ресурсов произвольного контроля,

полушарие не могло решать многие из тех задач, которые подвластны ему в условиях изоляции (при каллозотомии, пробах Вада и т.п.).

Исследования произвольной и непроизвольной памяти на вербальном и зрительно-образном материале также подтверждают высказанную гипотезу. В отношении словесного материала при дисфункции левого полушария страдают как произвольный, так и непроизвольный уровни мнестической деятельности; патология правого полушария приводит к дефекту лишь непроизвольного запоминания, что близко к данным Э.Г. Симерницкой (1978). Но в отношении зрительных стимулов картина обратная: при правосторонних очагах нарушены и произвольная, и непроизвольная зрительная память, а при левосторонних — только произвольная (причем в несопоставимо менее грубой и редкой форме). Таким образом, в контексте межполушарных прерогатив диаду «произвольно–непроизвольно» более адекватно анализировать как рядоположенную (естественно, с неоспоримым преимуществом лобных отделов левого полушария в отношении произвольного аспекта), зависимую от общей парадигмы функциональной специализации мозговых гемисфер.

Иное дело, вертикальная, корково-подкорковая организация психических функций. Именно здесь, очевидно, следует говорить об истинных, иерархизированных непроизвольном и произвольном уровнях регуляции психической деятельности. Известно, что субкортикальные структуры обеспечивают ее базальный пласт, энергетику, пластичность, в целом — фон для оптимального протекания любого психического процесса (Адрианов и др., 1987; Батуев, 1981; Лурия, 1969, 1973; Хомская 1972; и др.).

Но, и это главное, субкортикально-кортикальные связи — это высшие интегративные функциональные системы мозга (Адрианов и др., 1987; Симонов, 1987; и др.), гарантирующие адекватность поведения человека в условиях постоянного стимулирования его извне и изнутри. В них отчетливо просматривается более низкий уровень непроизвольного регулирования (со стороны базальных эмоций, потребностей и проч.) и высший — произвольный (обеспечиваемый когнитивными, в первую очередь речевыми процессами). Взаимодействие их в онтогенезе способствует полноценному становлению среднего звена — уровня упроченных навыков, автоматизмов, приобретаемых по мере взросления и позволяющих актуализироваться в окружающем без привлечений дополнительных осознаваемых средств. Этот функциональный пласт психики регулируется в значительной мере

непроизвольно, но генетически, очевидно, происходит из высшего, произвольного. Он формируется в онтогенезе и действует благодаря ансамблю корковых зон, совокупность, модификация и функциональная включенность которых в ходе развития ребенка постоянно изменяются (Лебединский, 1985; Лурия и др., 1973; Симерницкая, 1985; Child Neuropsychology, 1986; и др.). Он возникает благодаря свертыванию сложных произвольных действий, может иметь обратимый характер (Выготский, 1969; Лурия, 1969; и др.) и, безусловно, является одним из важнейших адаптивных механизмов.

Акцент на подробном анализе основ мозговой организации психических процессов не случаен, так как это базис, над которым надстраивается вся многоликая феноменология, которая повсеместно обнаруживает себя в психологической практике. Необходимо также добавить, что церебральная репрезентация психологических факторов не просто одна из важнейших характеристик человека. Главное заключается в том, что к определенному возрасту, вероятно в 2–3 года (Механизмы..., 1988; Симерницкая, 1978, 1985; Barat, 1986 и др.), она складывается окончательно и неизменно. Функциональная организация человеческого мозга детерминирована глобальными эволюционными и нейробиологическими закономерностями (Симонов, 1987; Симерницкая, 1985; и др.). Поэтому коренное нейропсихологическое отличие ребенка от взрослого состоит в том, что в протекании одной и той же функции на разных стадиях онтогенеза меняется удельный вес конкретного фактора, имеющего определенную мозговую отнесенность. В результате перестраивается функциональная активность всех мозговых зон, обеспечивающих целостную психическую деятельность. Индивидуально могут быть подвижными отдельные показатели функциональной асимметрии — ведущая рука, ухо и т.п. Но фундаментальные параметры мозгового «факторного статуса» остаются неизменными; они постоянны даже после таких травмирующих обстоятельств, как опухоль или оперативная деструкция; и это справедливо уже для достаточно раннего возраста (Симерницкая, 1985; Аскоченская, 1990).

Развитие идет по определенным канонам (Голод, 1986; Симерницкая, 1978, 1985), включающим перестройки, перераспределения функциональной активности мозговых структур, но основное направление его инвариантно — вектор психического онтогенеза стремится к закреплению основных межгемисферных и субкортикальных дихотомий — в этом залог его надежности. Нельзя изменить мозговую организацию психических функций, присущую данному инди-

виду. Можно лишь путем, к примеру, коррекционных или фармакологических воздействий активизировать функционально те или иные зоны головного мозга, заставить их включиться в обеспечение «безразличных» им психических параметров специфическим для них образом, т.е. направленно сформировать новые межфакторные связи. Но основы церебрального функционального статуса (по всем направлениям предложенной выше 3-мерной системы координат) — исключительно постоянное «качество индивида».

Отметим, что существуют два основных типа мозговой организации психических процессов, соответствующих взрослым правшам и левшам (строго говоря, лицам с наличием фактора левшества). Общим для обоих является наличие всех перечисленных аспектов церебральной организации и континуальная (в разной степени) репрезентация любой психической функции в мозге (Семенович, 1991).

У правшей это сочетается с высокой степенью внутри- и межполушарной дифференцированности, функциональной специализации; наличием строго фиксированных полушарных локусов контроля, гарантирующих взаимодействие полушарий в оптимальном режиме; устойчивыми механизмами управления психикой за счет вертикальных иерархизированных уровней ее регуляции. У левшей имеет место внутри- и межполушарная функциональная диффузность, амбилатеральность; отсутствие устойчивых локусов контроля — тенденция к относительной «функциональной автономии» мозговых гемисфер; несформированность прочного вертикального баланса тонизирования психической деятельности, отсутствие стабильного уровня автоматизмов (Семенович, 1991; и др.). В контексте данной работы столь подробное обсуждение представлений о мозговой организации психических процессов оправдано: должны иметься ориентиры, к которым стремится психический онтогенез, и одновременно — точки отсчета, единицы анализа, каковыми в нейропсихологии и являются, с одной стороны, представления о функциональной роли различных мозговых структур, с другой — понятие фактора как психической структурно-функциональной основы деятельности, соотносимой с работой мозга.

Психический онтогенез в нейропсихологическом ракурсе можно представить как созревание отдельных психологических факторов, интра- и интерфакторных ансамблей, на которых базируются:

- частный функциогенез;
- формирование межфункциональных связей;

— становление функциональных локусов контроля в рамках центральных межполушарных дихотомий: стабилизация ведущего по речи полушария и образование пространственно-временного векторного фундамента протекания любой психической функции;

— построение вертикальной уровневой системы регуляции, ее иерархии и приоритетов в балансе, тонизирования поведения.

Вся эта схема буквально пронизана гетерохронией как в целом, так и в каждом отдельном пункте. Перечисленные параметры имеют различные циклы развития (по длине, скорости, начальным точкам и проч.), детерминированы как внутренними законами, так и спецификой влияния социальных факторов, особенно системы воспитания и обучения; некоторые могут начать развиваться, но, не получив надлежащего подкрепления извне (в норме), так и остаются в зачаточном состоянии и т.д.

В совокупности своевременное поступательное формирование и закрепление перечисленных нейропсихологических аспектов и есть нормальный онтогенез. Его пути, этапы и закономерности, а также аномалии (в рамках иных научных парадигм) многократно описаны в классических трудах А. Валлона, Л.С. Выготского, П.Я. Гальперина, А.В. Запорожца, Р. Заззо, Б.В. Зейгарник, Б. Инельдера, В.В. Лебединского, Ж. Пиаже, Д.Б. Эльконина и других. Феноменология развития и нарушений психических функций у детей с мозговыми поражениями также широко обсуждается в научных кругах — известны взгляды М. Газзаниги, О. Зангвилла, М. Кинсбурна, Э. Леннеберга, Э.Г. Симерницкой, Х. Экаэна.

Однако практически вне исследовательских интересов осталась та часть детской популяции, которая, не демонстрируя абсолютно никаких патологических знаков, отчетливо отстает от своих сверстников по готовности к обучению. Точнее, имеет место тенденция причислять их к индивидуумам с мозговыми поражениями, дефектами психической деятельности, что явно несправедливо (Семенович и др., 1992).

Как правило, это дети 6–10 лет с проблемами школьной неуспеваемости и трудностей обучения, хотя до определенного времени все текло в рамках возрастной нормы. Социальный заказ (а подобное в последнее время, к прискорбию, охватывает в массовых школах до 40% учащихся), а также осознание того факта, что именно такие «пограничные» феномены позволят проанализировать скрытые черты онтогенеза, предопределили основную направленность данного ис-

следования. Всего нейропсихологически, по А. Р. Лурии (с некоторыми модификациями) было осмотрено 350 детей — учеников массовых московских школ с трудностями обучения; дифференциально-диагностический анализ позволил исключить невротические, социальные или иные причины школьной дезадаптации как первичные. В итоге была разработана типология онтогенеза.

Трудности обучения весьма многообразны и детерминированы рядом важнейших факторов. Вместе с тем оказалось реальным сформулировать единое нейропсихологическое основание с опорой на приведенную выше схему, позволяющее классифицировать и интерпретировать эту разноплановую и далеко не явную феноменологию.

Типология психического онтогенеза

Существует четыре типа онтогенеза.

1. Нормальный тип онтогенеза правой.
2. В рамках нормального онтогенеза определенная часть правой демонстрирует несформированность, незрелость отдельных составляющих психической деятельности.
3. Около 5–10% правой (по данным обследования более чем 800 учащихся младших классов) имеют аномальный психический онтогенез, обусловленный наличием скрытой минимальной мозговой дисфункции (ММД).
4. У левой или правой с парциальным и/или семейным левшеством имеет место атипия (по В.И. Голоду) онтогенеза.

Ясно, что возможны комплексные варианты указанных типов; например, атипия, аномальное развитие и т.п. Однако настоящее описание, по понятным причинам, ограничено анализом «чистых» случаев, отличных от нормального. Кроме того, сочтено возможным сократить описание самой феноменологии, более широко и иллюстративно представленной в других публикациях авторов (Семенович и др., 1992; Семенович, Цыганок, 1992).

Дети с несформированностью отдельных параметров психической деятельности, связанной и обусловленной закономерностями гетерохронного морфофункционального созревания мозга, занимают по численности первое место среди правой с трудностями обучения.

Как известно, церебральный онтогенез гетерохронен по самой своей сути: одни системы мозга формируются очень рано, другие — лишь к 9–12 годам; к последним относятся лобные, ТРО-отделы, мо-

золистое тело и ряд других. Морфофункциональное становление лобных структур, внутри- и межполушарных, субкортикально-кортикальных связей преодолевает самый длинный и сложный путь, сопровождающийся комплексными интра- и интерсистемными перестройками (Андрианов и др., 1987; Батуев, 1981; Симонов, 1987; Системогенез... 1983; и др.). Эти процессы — не только всеобщая закономерность; они весьма вариативны от человека к человеку. Следовательно, у одного ребенка зрелость, например, корково-подкорковых ассоциативных систем может наступить раньше, чем у других. При этом оба — абсолютно нормальные дети, что и констатируют объективные клинические обследования.

По нейропсихологической логике развитие психической функции не может не коррелировать с созреванием церебральных механизмов, эту функцию обеспечивающих, что и подтвердилось при настоящем экспериментальном исследовании. Ни в одном случае не встречалось несформированности психических звеньев, опирающихся на работу мозговых зон, уже принципиально завершивших свой рост. С другой стороны, несформированность какого-либо фактора или функции всегда наблюдалась не как их повреждение. Она актуализировалась лишь в их неготовности участвовать в принципиально новой психологической реальности. В определенном смысле каждый такой случай может быть соотнесен с преодолением «примитивной» стадии развития психической функцией по Л.С. Выготскому (1983). В приведенной выше схеме это всегда сбой на достаточно высоком этапе оформления межфункциональных связей (во фронтальном, латеральном или вертикальном ракурсе).

Первый синдром несформированности (отнесен за счет неполной зрелости лобных структур) проявляется в элементах недостаточности функций программирования, контроля, управляемой системой активации и т.п. У таких детей обнаруживается несформированность регуляторного звена собственной речи ребенка; по сути, фиксируется этап, когда она еще не достигла предела, на котором может стать организатором его произвольной деятельности. Все это проявляется не в виде дефектов, а как склонность к упрощению программы, отвлекаемости, к стремлению привлекать множество внешних опор для выполнения того или иного задания. Любой, даже минимальный контроль со стороны экспериментатора — удивленный жест или мимика, намек на возможность разбиения целостной программы на части — неизменно приводит к успеху. Синдромный анализ показыва-

ет, что все частные функции (речь, память, гнозис, праксис, мышление.) при этом интактны.

Второй синдром — несформированность уровней регуляции психики — очевидно, связан с отсутствием устойчивых морфофункциональных отношений между субкортикальными и кортикальными мозговыми субстратами. Несбалансированность, явная диссоциация деятельности «верхних» и «нижних» этажей психики актуализируется прежде всего в четкой диспропорции: великолепно развитая речь, понятийное мышление и т.п., одновременно чрезмерные флуктуации активности, истощаемость, эмоциональная лабильность. У таких детей постоянные аффективные срывы, тенденция к неврозоподобным комплексам. Эта разновидность несформированности психической деятельности особенно бурно проявляет себя именно в 7–10 лет — период, изначально сензитивный, так как, приступая к школьному обучению, изрядно перегружают оба уровня. При этом, как и в описанном ранее случае, все когнитивные функции полностью сохранены.

Третий синдром, по всей видимости, должен быть отнесен на счет недоразвития внутри- и межполушарных мозговых систем. Во-первых, за этим стоит несформированность пространственно-временного локуса контроля, что, прежде всего, приводит к недоступности полноценного освоения математики из-за незрелости практически всех форм пространственных и квазипространственных представлений. Это же обстоятельство, а также явное отсутствие устойчивых функциональных связей внутри левого полушария приводит у этих детей к нестабильности звуко-буквенного анализа, несформированности межмодальных отношений в устной и письменной речи, нестойкости образа слова как гештальта, жестко упорядоченной структуры элементов (звуков или букв): отсюда многочисленные параграфы, пропуски букв, их перестановки и т.п. При этом все базисные, первичные параметры письма; фонетико-фонематическое, кинестетическое, кинетическое звено и проч. — достаточны. Акцентируется тот факт, что, если счет или письмо на каком-то этапе начинают приближаться к нормативным, в более старших классах, когда эти функции сами должны стать инструментом овладения знаниями, проблемы встают с новой силой.

Итак, описаны три основных нейропсихологических радикала несформированности определенных параметров психической деятельности у 6–10-летних правшей с трудностями обучения. Это явление — закономерность психического онтогенеза, который связан с высоко-

индивидуализированными процессами системогенеза мозга и служит примером одного из возможных путей нормального онтогенеза.

Атипия психического развития — одна из особенностей лиц с наличием фактора левшества. Выше были констатированы основные специфические характеристики мозговой организации психических процессов у левшей. Многочисленные нейробиологические, нейрофизиологические данные также подтверждают, что церебральный онтогенез их обладает разнообразными специфическими чертами: не дифференцируются внутри- и межполушарные связи, они менее избирательны, выявляется отставание в развитии биоэлектрической ритмики мозга и т.д. (Леворукость..., 1985, 1987; Varat, 1986; и др.).

А. Субирана (1980) сказал: «Левши были созданы с целью опровергнуть все концепции, которые превалировали... в связи с патологией и физиологией двух полушарий». Атипия психического развития актуализирует себя именно в том, что у детей-левшей предложенная нейропсихологическая схема онтогенеза, если не рассыпается, то существенно видоизменяется. Поскольку, по-видимому (Семенович, 1991), конкретный психологический фактор у левши может быть «совмещен» с абсолютно неадекватной ему зоной мозга (например, оптико-гностический с левой височной областью, а фонематический слух — с теменными структурами), можно с большой долей уверенности говорить, что его становление в онтогенезе идет не непосредственно, а опосредованно и многоканально. Соответственно выстраиваются психические функции и межфункциональные связи. Кроме того, если для правой естественна определенная последовательность факторо- и функциогенеза, у левшей она менее предсказуема.

Реальность такова, что практически все дети-левши изыскивают самые немислимые внешние и внутренние средства, позволяющие альтернативно, без опоры на первичный (в традиционном понимании) фактор, решать проблемы, прямо связанные с его актуализацией. Например, пренебрегая фонетико-фонематическим фактором (несформированность которого была объективно констатирована), мальчик 9 лет, ввиду вопиющей безграмотности, решил заучивать слова наизусть, а потом просто воспроизводил их по памяти. Иными словами, ребенок сконструировал у себя письмо как систему, опирающуюся на оптико-мнестические синтезы, — отчасти повторил в индивидуальном развитии рождение письма у первобытного человека.

Наиболее впечатляюще выглядит то, как на фоне явной незрелости фактора у левшей развивается психическая функция, требую-

щая его как первичного, базисного. Феноменологически это — функциогенез ниоткуда. Однако анализ показывает, что базисным для левши стал иной фактор, который подчас у правшей вообще не актуален. Так, в 6 лет при полном отсутствии координатных и квазипространственных представлений (зато прекрасно разработанном структурно-топологическом факторе, который в онтогенезе правшей формируется едва ли не последним, а часто так и остается в зачаточном состоянии) мальчик с легкостью овладел математическими приемами 2–3-го класса, решал сложнейшие головоломки и т.д. Как он объяснил, сочетания цифр и уравнений кажутся ему необычайно красивыми. По всей видимости, счет для него не связан генетически с традиционным фактором; пространственные, в том числе математические, манипуляции подчиняются здесь законам гештальта, красоты, т.е. производны от институции (по А.Н. Уайтхеду), эйдоса (по А.Ф. Лосеву).

Однако власть детей-левшей над собственным факторогенезом обрывается там, где в психическую деятельность должны включаться процессуальные, динамические параметры, что также обусловлено их мозговой организацией. Здесь нет дополнительных возможностей для формирования фактора: кинетика в широком смысле либо актуализируется плавно, сукцессивно, в заданном направлении, либо, напротив, «буксует» на каждом шагу. Отсюда столь типичный для левшей неблагоприятный, сравнительно поздний дебют моторных компонентов любой функции; обнаруживающие себя в течение всей их жизни чисто динамические трудности в речи, памяти, движениях и т.п. (Семенович, 1991; Семенович, Цыганок, 1992).

Становление полушарных локусов контроля весьма проблематично при атипии. Вследствие этого традиционны для левшей задержки речевого развития, овладения письмом, чтением: ведь все это требует организованных межгемисферных отношений. У них изначально и пожизненно отсутствует упроченная пространственно-временная система координат, что и проявляется в феноменах «зеркальности», «эффектах времени» и т.п. (Леворукость..., 1985, 1987; Семенович, 1991; Симерницкая, 1978, 1985; и др.).

Самое сильное впечатление от контакта с ребенком-левшой — отсутствие у него пространственных навыков и во внешнем, и во внутреннем плане, на макро- или микроуровне. В его мире читать, писать, рисовать, считать, вспоминать, интерпретировать сюжетную картинку можно начать с любой стороны. Когда необходимо сканирование большого перцептивного поля — это усугубляется хаотичностью и

фрагментарностью. Нельзя не отметить, что ребенок очень сориентирован на подстраивание внешнего мира под свой уровень; нигде больше вы не увидите таких упорных попыток аутокоррекции, как у левши.

Очевидно, что при атипичии онтогенеза не формируется полноценный средний уровень психической регуляции — уровень автоматизмов, адаптации (Семенович, 1991). Эти дети в течение длительного срока привлекают максимум внешних, осознаваемых средств для овладения теми психологическими навыками, которые у правшей формируются и закрепляются независимо от их желания, просто по определенным законам психического развития. Левша как бы всякий раз изобретает свой способ овладения миром правшей. Исследования в лонгитуде откровенно фиксируют, что самоактуализация на уровне не операций, но действий — специфическое качество левшей, не зависящее от их возраста. Недаром, по Кеттелу, один из самых высоких рангов у левшей — самоконтроль.

Безусловно, опора на богатый арсенал средств на порядок увеличивает количество степеней свободы для достижения той или иной цели, что и констатируется постоянно в леворукой популяции как повышенная креативность, способность к нетривиальным решениям и проч. Но это и свидетельство слабости, ненадежности адаптивных механизмов, изнашиваемости нервной системы, что и наблюдается у левшей, в том числе и в онтогенезе — частые аффективные срывы, склонность к эмоционально-личностной несостоятельности, психосоматическим пароксизмам и т.п. (Леворукость..., 1985, 1987; Семенович, 1991; и др.).

Аномальный онтогенез в исследуемой выборке был следствием скрытой минимальной мозговой дисфункции (ММД). К сожалению, надо подчеркнуть, что скрытой эта патология была лишь до тех пор, пока ребенка (по результатам нейропсихологического обследования) не направляли в специализированное учреждение, где клинически фиксировалось повреждение той или иной мозговой структуры; основные, специфические для ММД клинические параметры известны (Голод, 1986; Лебединский, 1985; Симерницкая, 1991; и др.).

Отметим сразу, что при ММД могли наблюдаться самые разнообразные нейропсихологические синдромы, связанные с дисфункцией соответствующей области головного мозга, т.е. имели место специфические нарушения гнозиса, праксиса, памяти, речи, которые были сопоставимы с таковыми при локальных поражениях мозга в этом возрасте (Симерницкая, 1985; Child Neuropsychology, 1986).

Аномальный онтогенез обнаруживает себя в первую очередь в выпадении первичного психологического фактора, опосредование которого связано с пораженным участком мозга. Естественно, страдают все интра- и интерфакторные конstellации, с этим дефектным фактором связанные; «снизу вверх» дефицитарны психические функции, исходно опирающиеся на данный фактор.

Но главное, что обращает на себя внимание, по всей вероятности данный возрастной срез (6–10 лет) — начальный период формирования межфункциональных связей. Нейропсихологически это раскрывается в том, что фиксируется своеобразная ситуация — изолированный очаговый симптомокомплекс. Особенно иллюстративны в этом отношении синдромы ММД глубинных и лобных отделов мозга. Дефект в этих случаях как бы капсулируется в чисто «глубинной» или «лобной» симптоматике, не нося генерализованного характера.

Так, при наличии очаговой нейропсихологической симптоматики, патогномоничной для поражения глубинных отделов мозга, ни разу не отмечалось модально-неспецифических нарушений частных функций (например, памяти). А при поражении префронтальных структур левого полушария отвлекаемость, соскальзывания на побочные ассоциации, дефекты программирования и контроля ни в одном случае не достигали уровня «полевого поведения», спонтанности и т.п. Классическая лобная симптоматика распространялась лишь на те функции, которые опосредуются именно данными отделами левого полушария, и нивелировалась по мере увеличения функциональной дистанции от них. В частности, достаточно ярко проявлял себя дефицит динамического праксиса, существенно меньше — кинестетического; все частные функции, опирающиеся на работу височных, теменных, затылочных областей, остались интактными. Иными словами, в данном возрасте при ММД не наблюдается распада памяти, гнозиса, речи или двигательных функций как деятельности, что обычно имеет место при лобных поражениях у взрослых (Лурия, 1969, 1973; 1982; и др.).

В совокупности все эти факты позволяют предположить, что отсутствие зрелых межфункциональных связей и есть тот механизм, который стоит за загадкой высочайшей пластичности детского мозга. Уникальность факторов, обеспечиваемых глубинными и лобными мозговыми структурами, заключается в том, что в зрелом состоянии они, с одной стороны, вплетены в протекание частных психических функций, а с другой — в целостное поведение человека, и в этом

суть межфункциональных связей. До тех пор пока не стабилизирован весь их ансамбль, сохраняется большое количество степеней свободы, которые и являются базисом для компенсаторных возможностей психики ребенка. М. Кинсбурн (*Neuropsychology of Left-Handedness*, 1980) говорил, что главное для осуществления компенсации — возможность установить новые связи со стволом мозга, что косвенно подтверждает высказанную выше гипотезу.

Возвращаясь к материалу левшей, нельзя не акцентировать их высокие компенсаторные возможности, отмечаемые всеми исследователями даже у взрослых. Имея в виду нежесткую закрепленность, вариативность и подвижность их функциональных связей, следует отметить, что этот общий для правой и левой факт — прямое доказательство генерализованного, всеобщего действия основных нейропсихологических закономерностей. Здесь уместно также использовать афоризм В.В. Лебединского: «Детский энурез в 5 лет в 12 сменяется страхом перед ответом у доски», т.е. одна и та же функциональная церебральная недостаточность по ходу онтогенеза, по мере пронизывания всего психологического статуса меняет свой «фасад». Это и детерминировано появлением новых межфункциональных связей между различными составляющими психической деятельности — от частных функций до высших форм поведенческих реакций человека.

Итак, опираясь на предложенную схему психического онтогенеза, можно констатировать, что каждый из описанных типов имеет свои специфические (в нейропсихологическом плане) черты.

При аномалии имеет место повреждение, дефект определенного психологического фактора, предопределяющий дефицитарный функциогенез и т.д. При несформированности на фоне сохранных факторо- и функциогенеза наблюдается неготовность конкретных психических функций к установлению межфункциональных (разного уровня и качества) связей в условиях перехода к принципиально новой, более сложной и интерактивной психической деятельности. У левшей — атипичный ход развития — при интактных базисных факторах и функциях происходит трансформация самого психического онтогенеза.

Вместе с тем между описанными типами наличествует одна общая черта — изначальная, детерминируемая самой природой пластичность мозга, ребенка, его актуальная готовность к тренировке слабого или недостаточно зрелого звена (при атипичии и несформированно-

сти) и компенсации пораженного (при аномалии). Отсюда неизбежен вывод о направлении психологической работы. Очевидно, что это формирующее занятие с первыми из названных выше: ведь здесь нет нарушений, все факторы и функции интактны. А требуется квалифицированное психологическое воздействие, направленное на грамотное, с учетом целостного психологического статуса и мозговой организации, сопровождение онтогенетического развития. При аномалии же — это лечение, а затем коррекционная, реабилитационная работа с поврежденным, дефектным фактором, традиционная для нейропсихолога, но с акцентом на особенностях состояния остальных параметров психической деятельности у каждого конкретного ребенка.

Отсутствие своевременной психолого-педагогической помощи всем этим детям приведет к прогнозируемым последствиям. При атипичии или несформированности, если создадутся благоприятные условия (низкочастотный вариант), будет найдена адекватная социальная ниша — вся феноменология, описанная выше, перерастет в «когнитивную акцентуацию» личности, которая сможет достичь определенных успехов. При более вероятном и высокочастотном исходе невозвратимая вовремя функция потянет за собой другие, создастся «когнитивный вакуум», последствия которого общеизвестны.

Дальнейшая разработка проблемы психического онтогенеза с необходимостью требует междисциплинарного подхода. Так, клинические исследования на правшах с семейным левшеством показали, что «левшеские» синдромы возникают у них в 25% случаев; причем вдвое чаще при поражении левого полушария, чем правого; одновременно имеются данные о большей активности генома левой лобной доли по сравнению с правой (Системогенез, 1983). Открытым вопросом остается также связь биохимической организации мозга (Леворукость..., 1987; Child Neuropsychology, 1980) и повышенного риска возникновения у них различных аллергических, психосоматических и прочих явлений; неожиданные, порой противоположные, реакции их на введение психотропных и иных фармакологических агентов.

Обсуждения требует и факт высокой частоты несформированности одного и того же вида психической деятельности в пределах семьи, причем не только в одном поколении, но и генеалогически. Далее, при нейропсихологическом обследовании детей от родителей, страдающих алкоголизмом, обнаружено, что вероятность аномального онтогенеза приближается к 40%. Эти и другие примеры показывают, что комплексное исследование психического онтогенеза в со-

вокупности с нейропсихологическим подходом как базовым может дать ощутимые результаты.

На современном этапе есть все необходимые условия для перевода проблемы мозговой организации психических процессов на качественно новый уровень. Фундаментальные разработки должны опираться на сопоставление психологической реальности с глобальными нейробиологическими, морфологическими, нейрофизиологическими, генетическими, биохимическими закономерностями.

Нейропсихологическое исследование уровня сформированности речевых автоматизированных рядов у младших школьников

А.А. Цыганок, Е.В. Варяник

Успешное обучение детей в школе опирается на возможность осуществления последовательно связанных серий операций и действий, при этом важно умение остановиться на любом элементе ряда, двигаясь как в прямом, так и в обратном направлении (на этом основаны навыки письма, чтения и счета, решения задач, проверка правильности вычислений, работа над ошибками и т.д.). Для изучения уровня сформированности базальных компонентов выполнения отмеченных заданий мы использовали методику воспроизведения речевых автоматизированных рядов (числовой натуральный ряд, дни недели, времена года, названия месяцев года) в прямом и обратном порядке. В эксперименте принимали участие школьники младших классов (7–10 лет).

Результаты исследования свидетельствуют о незавершенности формирования изучаемого процесса у учащихся начальной школы, даже при условии успешного обучения.

Опубликовано в сб. «I Международная конференция памяти А.Р. Лурии: Тезисы докладов». — М.: Без изд-ва, 1997.

Степень сформированности речевых рядов зависит не только от их объема и сложности речевого материала, но и от пространственно-временной структуры, социальных влияний.

Наибольшее количество ошибок допускают дети с нейропсихологическими акцентуациями в задних отделах правого полушария мозга, наименьшее — в задних отделах левого. Промежуточное положение занимают дети с дефицитом в премоторных отделах обоих полушарий. Данные результаты свидетельствуют о важности не только синтагматических, но и парадигматических компонентов последовательно организованных рядов.

Данные проведенного исследования являются решающими для создания концепции и материала школьных обучающих программ, как вариативного, так и индивидуализированного направления.

Исследование проведено в рамках проекта, поддержанного РГНФ в 1996–1997 гг.

Нейропсихологический подход к двигательным нарушениям у детей

Ж.М. Глозман, А.А. Цыганок

В Гиллфордской серии «Теория и практика нейропсихологии» появился новый фундаментальный сборник по детской нейропсихологии, изданный известными нейропсихологами Деборой Дэви (профессор педиатрии Университета Калгери, Канада) и Дэвидом Таппером (директор отдела нейропсихологии Хеннепинского медицинского центра в Миннеаполисе, США)¹. Этот огромный (более чем в 500 страниц) том, выпущенный по решению конференции Международной нейропсихологической ассоциации 1996 г., — воистину интернациональный

¹ D. Dewey & D. E. Tupper Developmental motor disorders. A neuropsychological Perspective. New York: The Guilford Press, 2004, 501 p.

Опубликовано в журнале «Дефектология», 2007, № 4.

труд, включающим работы исследователей из Австралии, Великобритании, Канады, Нидерландов, Новой Зеландии, США и Финляндии.

Как пишут редакторы в *предисловии* к сборнику, все мы воспринимаем способность двигаться как нечто данное нам от природы еще до рождения и сохраняющееся на протяжении всей нашей жизни. С помощью движений человек удовлетворяет свои базовые потребности, реализует общение и обучение. Мы осознаем значимость способности осуществлять движения только при их нарушениях. Индивидуальные различия в координированности и разнообразии движений связаны как с наследственными характеристиками и с особенностями мозговой организации, так и с более или менее успешным воспитанием и физическим обучением ребенка.

Первая часть сборника посвящена *теоретическим основам проблемы онтогенеза и расстройств моторной активности у детей* и открывается анализом *истории изучения* этого вопроса, начиная со средних веков до работ последних трех лет (статья D.E. Tupper & S.K. Sondell). Нас приятно порадовало, что эта глава включает отдельный параграф, посвященный работам русских исследователей: Николая Озерецкого, Николая Бернштейна и Александра Запорожца.

Вторая глава этой части, написанная канадскими исследователями Deborah Dewey & Shauna Bottos, описывает *данные нейровизуализации* по двигательным расстройствам у детей. Современные методы ультразвукового исследования, компьютерной томографии (КТ), позитронной и фотонной эмиссионной томографии (ПЕТ и СПЕКТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ и фМРТ) и др. объективируют в самом раннем возрасте нормальное и атипичное состояние мозга ребенка при самых разных аномалиях развития, позволяют прогнозировать появление у него неврологических и когнитивных отклонений иногда только во взрослом возрасте, например болезни Паркинсона. Наряду с этим авторы оговаривают ограничения многих методов нейровизуализации у детей в связи с радиационной опасностью.

Следующая глава канадских авторов Eric A. Roy, Shauna Bottos, Kelly Pryde & Deborah Dewey анализирует *нейропсихологические механизмы двигательных нарушений* у детей и сравнивает возможности неврологического и нейропсихологического подхода к выявлению этих нарушений. Нейропсихологический подход позволяет выявить ранние симптомы моторных и координаторных нарушений при отсутствии явной неврологической симптоматики. Описаны разные нейропсихологические методы исследования детей. Особый акцент сделан

на исследовании формирования контроля за движениями и его связи с механизмами обратной связи (зрительный контроль) и с параметрами сложности движений. Интересным и новым представляется различие двух стратегий при нейропсихологическом обследовании: направленность на оценку «продукта», т.е. временных и количественных результатов теста по сравнению с нормативными данными, и направленность на анализ «процесса» выполнения теста, т.е. того, какими средствами достигается результат. Последнее предполагает компонентный анализ структуры теста, и этот подход наиболее близок к луриевским принципам нейропсихологического анализа.

Дальнейшее обсуждение различных нейропсихологических батарей для исследования двигательных нарушений у детей проводится в последней главе этого раздела, написанной английскими психологами Anna Barnett & Judith Peters. Статья подробно разбирает методологические и терминологические вопросы: цель исследования, задачи теста, содержание теста, профессиональная подготовка исследователя, дополнительные (немоторные) факторы, влияющие на выполнение двигательного теста, необходимый инструментарий, время проведения теста, проблемы нормативов, валидности теста, популяционных различий и т.д. Подчеркивается, что ребенок с двигательными нарушениями может своевременно овладеть «базовыми» моторными навыками, такими как ходьба или хватательные движения, но затрудняется в овладении более сложными видами движений, связанными с повседневной жизнью дома и в школе, с участием в играх и т.п. Это делает актуальной задачу определения «экологической валидности» двигательных тестов. Ценным приложением к данной главе является краткое описание 13 различных нейропсихологических батарей для исследования двигательных функций в разных возрастных группах детей.

Второй раздел сборника посвящен описанию отдельных вариантов двигательных расстройств у детей. При этом, кроме традиционно описываемых «прототипичных» форм двигательных расстройств, таких как *детский церебральный паралич или мышечная дистрофия* (статья Thomas A. Blondis, США), различные формы *тиков или черепно-мозговые травмы, инсульты, гидроцефалии и менингиты у детей* (статья Deborah Dewey, Shauna Bottos & David Tupper), большое внимание в сборнике уделяется двигательным дефектам, «сопутствующим» другим проявлениям аномального развития. Примером может служить статья Digby Elliott & Landsay Bunn (Канада) о *моторных*

расстройств при умственной отсталости. Речь идет о перцептивно-моторных проблемах при синдроме Дауна и синдроме Вильямса и подчеркивается необходимость индивидуального обследования для создания индивидуальных коррекционных программ.

Аналогичный подход характеризует статью другого канадского психолога Isabel M. Smith о *двигательных проблемах при аутизме.* Специфические паттерны моторных расстройств имеют дифференциальное значение для различения разных форм аутизма. Трудности перцептивно-моторной интеграции могут рассматриваться как один из генетических факторов аутизма.

Причинами двигательных расстройств могут быть также *неблагоприятные факторы внешней среды,* токсические загрязнения воздуха или плохое питание детей, в частности, недостаток содержания йода (статья Deborah Dewey, Shauna Bottos & David Tupper). Подчеркивается, что патогенез двигательных расстройств интегративно включает генетические, нейробиологические и экологические факторы.

Отдельная глава посвящена развитию и возрастным (от детства до старости) изменениям *равновесия, поструральной устойчивости и координации* (статья Harriet G. Williams & Laura Ho, США).

Третий раздел книги посвящен анализу **нейропсихологических синдромов.** Канадские логопеды Megan Hodge & Leslie Wellman описывают *фонологические расстройства* у детей на основе психолингвистических моделей порождения речи. Важно, что психолингвистический анализ сочетается с описанием нейропсихологических профилей у детей с фонологическими нарушениями: внимание, сенсорные, моторные, интеллектуальные и речевые навыки, письмо и чтение. В качестве иллюстрации подробно описаны данные диагностики и логопедического лечения трехлетнего ребенка с фонологической задержкой.

Специально выделяется *синдром трудностей обучения моторным навыкам* (Timo Ahonen, Libbe Kooistra, Helena Viholainen & Marja Cantell, Финляндия — Канада). Диспраксия и нарушения координации в раннем возрасте ведут к недоразвитию «моторной компетентности», необходимой для соответствия требованиям повседневной жизни. Проблема «неловких» детей или проблема диспраксии недооценивается в детской нейропсихологии и недостаточно дифференцируется с координационными расстройствами, хотя эти проблемы отмечаются у 6% детей (по данным некоторых авторов — до 13% детей). Для интерпретации этих трудностей авторы предлагают исполь-

зывать термин «нарушения моторного обучения», объясняющий отставание в моторном развитии. Специальные исследования не всегда выявляют у таких детей симптомы органического поражения ЦНС, и этиология нарушений остается неясной и неоднозначной. Нейропсихологический подход к анализу этих проблем основывается на анализе многозвенных моделей моторного обучения и их мозговых основ. Так, например, в этих моделях различаются «стратегические процессы», связанные с активностью дорсолатеральной лобной области, процессы зрительно-моторной интеграции, обеспечиваемые заднетеменной областью, процессы сукцессивной организации, связанные с дополнительной моторной областью и базальными ганглиями, постуральный контроль и тонус, обеспечиваемые мозжечком и т.д. При всей спорности отдельных компонентов этих моделей, несомненно одно, что нарушения моторного обучения оказывают негативное влияние на когнитивное, социальное и эмоциональное развитие детей, поэтому они нуждаются в углублении и интеграции эмпирических данных и разработке путей коррекции трудностей моторного обучения у детей.

В основе моторных трудностей, по мнению австралийского психолога Peter Wilson, лежат дефекты *зрительно-пространственных и кинестетических представлений, зрительного внимания, а также нарушения зрительно-моторной интеграции*. Первые лежат в основе внутренних представлений моторных актов, названных автором «моторными образами», регулирующих силу, скорость и точность движений. Нарушения зрительного внимания и зрительно-моторной интеграции обнаруживают связь со снижением проприоцептивной чувствительности. У всех детей с двигательными нарушениями были выявлены дефекты копирования пространственно ориентированных рисунков по типу пространственных искажений и пропуска мелких деталей. Возникает задача создания «концептуального моста» между описанными различными нарушениями.

Коллеги автора из Австралии Jan P. Piek & Thelma M. Pitcher видят причину двигательных дефектов, прежде всего, в *дефиците внимания*, особенно у гиперактивных детей, и считают синдромы гиперактивности и двигательных нарушений коморбидными состояниями, имеющими общие механизмы и нуждающимися в общих терапевтических подходах.

Особой формой двигательных нарушений является *дизграфия у детей*, описанная в статье американского психолога Virginia W. Ver-

pinge. Обсуждается сложная взаимосвязь двигательных и недвигательных процессов (внимание, память, языковые знания, контроль и регуляция) в формировании письма.

Последний раздел книги посвящен исследованию **прикладных аспектов** двигательных нарушений у детей. Среди них — проблема *межполушарной асимметрии* (право/леворукости) в формировании моторных навыков (статья Merrill Hiscock & Lynn Chapieski, США). Среди всех форм детских аномалий, включая умственную отсталость, трудности обучения в школе и эпилепсию, отмечается повышение доли леворуких детей. Тем не менее авторы предлагают различать патологическое левшество от естественного левшества. Но и в последней подгруппе, по данным многих исследователей, дети оказываются более замедленными и неловкими по сравнению с их праворукими сверстниками. Однако нередко это различие сглаживается, если ребенок выполняет задания ведущей рукой.

Голландский психолог Reint H. Geuze обсуждает проблему *развития сенсомоторной системы ребенка* как динамической самоорганизующейся системы, формирующейся под воздействием как внешних, так и внутренних факторов, и это открывает широкие возможности для воздействия на развитие ребенка.

Следующая статья сборника группы канадских авторов Deborah Dewey, Susan Crawford, Brenda Wilson & Bonnie Kaplan вновь обращается к *взаимосвязи двигательных дефектов с нарушениями других психических функций*. Эта взаимосвязь обусловлена взаимодействием различных областей мозга в осуществлении моторных и когнитивных функций. Различные комбинации атипичного развития разных мозговых структур (авторы предлагают использовать этот термин вместо минимальной мозговой дисфункции) вызывают различные паттерны когнитивного и моторного развития/недоразвития.

Две статьи сборника новозеландских авторов Motohide Miyahara & Bryant Cratty и австралийских психологов Dawne Larkin & Janet Summers посвящены *социальным последствиям двигательных нарушений*: их негативному влиянию на образ Я, самооценку, общение со сверстниками в игровой и спортивной деятельности. Интерес представляют классификация основных моторных навыков, необходимых для различных распространенных групповых занятий детей, и рекомендации по развитию компенсаторных стратегий для детей с двигательными нарушениями. Раннее выявление двигательных проблем, информирование о них родителей, создание специальных программ

по расширению двигательных возможностей способствуют не только физическому, но и социальному оздоровлению ребенка. Эти программы, как показано в последней статье сборника канадских авторов Helene Polatajko, Sylvia Rodger, Ameet Dhillon & Farrah Hirji, должны объединять моторное (расслабление, фасцилитацию, стимуляцию) и сенсорное (интегрирующее) воздействие с когнитивным положительным подкреплением достигаемых результатов.

Таким образом, наиболее важным достоинством анализируемой книги является интегративный подход, т.е. рассмотрение двигательных расстройств в их взаимодействии с когнитивными и поведенческими проблемами детей.

диагностика и коррекция

Предисловие редактора выпуска

А.А. Цыганок

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

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

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

Материалы, помещенные в данном сборнике, помогают найти ответы на эти вопросы. Они представляют мнение разных специалистов о том, почему многие дети с таким трудом приспосабливаются к школьной жизни; в чем причины этого явления, как можно их выя-

Опубликовано в сб. «Особый ребенок: исследования и опыт помощи: Материалы семинара “Организация службы социально-психологической помощи детям с острой школьной дезадаптацией и их семьям”, М., 4–7 мая 1998 г. Центр лечебной педагогики». — М.: Теревинф., 1998. — Вып. 1.

вить и, если возможно, смягчить или устранить; что делать, если «взаимная нелюбовь» учащегося и школы зашла слишком далеко.

Вопросов специалисты ставят очень много, иногда обсуждаемые проблемы кажутся мелкими и несущественными, но их решение порой способствует движению вперед. Например, какой термин больше подходит для обозначения нарушенной адаптации: распространенное в научной и популярной литературе слово «дезадаптация» или же более редкое «дизадаптация»? Некоторые авторы полагают, что термин «дизадаптация» точнее отражает идею о множественности ступеней на пути к полной неадаптированности (эта позиция в наиболее развернутом виде представлена в статье А.А. Северного), других авторов вполне устраивает традиционное «дезадаптация». В названии семинара и, соответственно, настоящего сборника мы использовали термин «дезадаптация» как более привычный широкому кругу специалистов, но в названиях и текстах статей можно встретить оба написания (в зависимости от позиции автора). Видимо, вопрос о предпочтительной форме данного слова требует дополнительного профессионального обсуждения.

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

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

Ребенок приносит с собой в школу много индивидуальных особенностей, без учета которых полноценное общение с ним, а тем более обучение невозможны. Так, например, каждый ребенок наделен осо-

быми, ему присущими свойствами развития и функционирования психических процессов. Один лучше воспринимает и запоминает информацию после объяснения учителем на уроке; другой — прочитав учебник или «зарисовав» объяснение в виде символов, схем, графиков, реалистических изображений; третий — придав изложению материала особый ритм. Таких способов может быть много, все их невозможно даже представить. Неумение же использовать ведущие способы памяти может привести к тяжелым последствиям. То же можно сказать относительно не только памяти, но и других психических процессов.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Конечно же, как в настоящем предисловии, так и во всем сборнике рассмотрены и даже названы далеко не все проблемы школь-

ной дезадаптации и вызывающие их причины, указаны отнюдь не все возможные пути преодоления даже выявленных проблем. Однако хотелось бы надеяться, что этот сборник хотя бы немного будет способствовать решению обозначенных выше задач.

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

Коррекция пространственных представлений у детей

А. А. Цыганок, Е. Б. Гордон

Прежде чем говорить о коррекции пространственных представлений, хотелось бы сказать несколько общих слов о принципах, на которых должна строиться коррекционная, развивающая, работа с детьми.

Во-первых, коррекция — это не обучение. В работе с ребенком обязательно следует учитывать различия между ними. Обучение — это то, что имеет конечной целью приобретение знаний, тогда как конечная цель коррекции — формирование функционального органа либо целой функциональной системы, позволяющих правильно осуществляться тому или иному психическому процессу. К сожалению, нередко приходится сталкиваться с трактовкой коррекции как дообучения, что совершенно неправильно.

На самом деле коррекционная работа должна предшествовать обучению «особого» ребенка и создавать те базисные системы, те

Опубликовано в сб. «Особый ребенок: исследования и опыт помощи: Научно-практический сборник». — М.: Центр лечебной педагогики, 1999. — Вып. 2.

психические структуры, на которых впоследствии и будет строиться обучение. Если некоторые из этих базисных систем не сформированы полностью и адекватно, то в какой-то момент в обучении случится «провал». И поэтому мы понимаем подготовку к школе не как процесс научения ребенка письму, чтению, счету и т.д., а как процесс окончательного формирования и закрепления деятельности базисных систем — систем пространственных представлений, звуковоспроизведения, звуковосприятия, зрительного восприятия, программирования и контроля, управления кинетическими и кинестетическими процессами и т.д. Если у ребенка с этими основными процессами все в порядке, тогда и обучение в школе никакой трудности для него представлять не будет.

Базисные системы связаны не только с познавательной, но и с личностной сферой ребенка. Для формирования процесса письма недостаточно умения различать звуки, выстраивать их в нужном порядке и обозначать соответствующими графическими символами (буквами). Необходимо создать у ребенка систему мотивов, интересов и потребностей, наличие которой обеспечило бы последующее усвоение знаний в школе.

Прежде чем приступить к собственно коррекционному процессу, нужно оценить, насколько уровень развития психических функций соответствует возрасту ребенка. Нельзя сформировать у него то, к чему еще не готовы его мозг и организм в целом; то, что не соответствует его личному и социальному опыту. Следовательно, прежде всего необходимо знать возрастные нормы функционирования различных психических процессов. Следует, однако, помнить, что эти нормы существенно меняются каждые 15–20 лет. В настоящее время предметное восприятие оформляется у ребенка к 3–4 годам, после чего он лишь пополняет свои знания и опыт (поэтому слабость восприятия предметов в более позднем возрасте является тревожным симптомом). Процесс становления пространственно-временных представлений завершается к 14 годам. Окончательное формирование механизмов саморегуляции, самоконтроля и программирования деятельности происходит лишь к 13–14 годам, а по другим данным — даже к 21 году.

Исходя из перечисленных норм, требовать от ребенка самостоятельного, осознанного, регулируемого поведения мы можем не ранее 13–14 лет. До достижения этого возраста мы должны ему помогать, не ожидая от него того, к чему он еще не готов. Необходимо работать с теми видами деятельности, которые ребенку доступны и

знакомы, и вводить незнакомые виды деятельности и вообще незнакомый материал постепенно.

Среди базисных психических функций одна из центральных связана с пространственно-временными представлениями, так как эти представления участвуют в формировании практически всех навыков и функционировании всех сложных процессов. К ним относятся элементарно и сложно организованные движения, восприятие, рисование, речь, письмо, чтение, счет и т.д.

Пространственно-временные представления выстраиваются постепенно, начиная с телесных ощущений еще во внутриутробном состоянии и заканчивая формированием личностного пространства (подробнее см.: *Семенович А. В., Умрихин С. О.* Пространственные представления при отклоняющемся развитии: Методические рекомендации к нейропсихологической диагностике. — М., 1997).

Индивидуальное личностное пространство играет в жизни человека важную роль. Иногда оно очень мало — меньше, чем само тело человека. В других случаях его границы совпадают с поверхностью тела — тогда человеку требуется постоянно чувствовать рядом кого-то еще, чтобы при необходимости на него опереться и выплеснуть свои переживания (как это обычно происходит у истериков). И существуют люди, которые чувствуют себя некомфортно, даже если кто-нибудь находится по обычным представлениям достаточно далеко.

После этого краткого введения перейдем к основной теме — изложению разработанной нами системы развития и коррекции пространственных представлений у детей.

На **первом этапе** работы по формированию пространственных представлений мы должны дать ребенку почувствовать, что мир вокруг него существует объективно и что он сам (его тело в частности) занимает в этом мире, в этом пространстве определенное место. Для этого нужно сформировать у ребенка способность уверенно, без боязни двигаться в пространстве комнаты, квартиры, двора. Часто боязнь перемещения связана у ребенка с отсутствием представлений о том, что находится вне поля его зрения. У него создается впечатление, что в тех местах помещений, которые он в данный момент не видит, существуют различные преграды, что там его ждет опасность.

Наша задача — дать ребенку знание о ни от чего не зависящем и почти всегда постоянном воспроизведении ситуации в данном месте. Поэтому в начале работы нужно помочь ребенку освоить небольшую комнату с минимальным количеством предметов. При этом важ-

но, чтобы в ней не оказалось незнакомых ребенку вещей, потому что незнакомая вещь тоже часто кажется опасной и обычно вызывает у него некоторую боязнь. Поэтому мы советуем просто войти с ребенком в комнату и, двигаясь вместе с ним, поворачиваясь в разные стороны, попросить его рассказать, что он видит впереди, сзади, сбоку, снизу и сверху. Например, если он поднимет глаза или голову вверх, то увидит потолок. Тогда педагог может объяснить, что потолок высоко, находится наверху, что предназначен для того-то и того-то, что достать его невозможно и т.п.

Далее словами описывается все то, что ребенок видит вокруг себя. При этом не рекомендуется торопиться с введением пространственных обозначений «левое», «правое», «над», «под». Можно играть с ребенком в простые игры, например разделить комнату на несколько квадратов и попросить ребенка рассказать, что в каком квадрате находится. Таким образом мы вводим представление о том, что все пространство складывается из фрагментов, элементов, которые расположены определенным образом. И если по ним двигаться, то можно освоить все пространство комнаты.

В принципе, играя в прятки, ребенок и решает такого рода задачи. Ему приходится мысленно представлять себе структурированное пространство, в котором можно спрятаться, и пробовать найти в нем укрытия. Если понаблюдать за игрой в прятки маленьких детей, у которых пространственные представления еще и не должны были сформироваться, то видно, что при поиске спрятавшихся такие дети не стоят на месте, а ходят и ищут, заглядывают в каждый закуток, в каждый угол, за каждый столб, за каждое дерево. Старшие же дети стараются прежде всего вычислить, представить, где могли спрятаться их товарищи.

Разбив комнату на части (например, на одинаковые квадраты, которые можно обозначить мелом), сначала следует познакомиться с обычным расположением вещей в ней. Затем, изменив положение предметов относительно друг друга в каком-либо месте, просим ребенка обнаружить изменения. Скорее всего он начнет двигаться хаотично, без всякой системы. Тогда педагог должен научить его постепенно просматривать пространство элемент за элементом, в определенном порядке. При этом и задача решается легко, и усваивается общий способ движения по полю.

Далее стоит обозначить как асимметрию пространства, так и асимметрию собственного тела. Обращается внимание на постоян-

ство каждой данной асимметрии. Для этого мы маркируем одну из рук ребенка: например помещаем на нее звучащий предмет — колокольчик, погремушку и т.п. Постепенно применяется все более слабо воздействующая маркировка: сильный звуковой раздражитель сменяется зрительным и затем тактильным сигналом (например, на руке рисуется буква). Иногда значительным воздействием обладает смысловая маркировка (браслет для девочек или компас для мальчиков). В ходе занятия ребенка часто спрашивают, на какой руке у него находится колокольчик, часы и т.д. — и он легче усваивает понятия «правое» и «левое», связывая их с маркерами на соответствующей руке.

Во всех ситуациях полезна игра с мячом. Его доставание и поиски — тоже освоение пространства. В игре его можно по команде ловить, отбивать то двумя руками, то каждой рукой попеременно — таким образом развивается зрительно-моторная координация. На первых этапах мяч можно заменить воздушным шариком: он не представляет для ребенка физической опасности, легок, приятен на ощупь. И еще одно важное свойство шарика: он медленно летит и дает время продумать выполнение задания (какой рукой, куда и кому его отбить).

Особое место занимают двигательные диктанты. Заключаются они в следующем: ребенок (опираясь на маркированную руку) выполняет подряд предлагаемые ему команды, и при этом темп выполнения задания постепенно возрастает. Диктант может описывать достаточно сложный маршрут движения в комнате или на местности к определенной цели. Движение в обратном направлении ребенок осуществляет по памяти, комментируя это движение с помощью речевых конструкций, отражающих пространственные отношения.

Работа в поле зрения постепенно дополняется упражнениями с невидимыми в данный момент местами пространства. Например, можно попросить ребенка описать расположение предметов в комнате с закрытыми глазами. Подобное упражнение закрепляет представления об окружающей обстановке, делает их устойчивыми, вводит в общую систему знаний о мире.

Постепенно, с опорой на полученные переживания пространства, вводятся вербальные обозначения пространственных реалий, а действия, направлявшиеся ранее на реальные предметы, переносятся на воображаемые. Так, рисуются различные планы и схемы (например, план комнаты в учебном здании или одной из комнат своей квартиры). При этом важно иметь в виду, что рисование, вообще любая графическая деятельность должна выполняться детьми дошкольно-

го возраста первоначально в вертикальной плоскости — это более естественный для ребенка способ восприятия окружающего. Письмо, рисование на плоскости стола требуют дополнительного пространственного и зрительного «перекодирования», приспособления позы и до определенного возраста вызывают дополнительные трудности.

Хорошим аутокоррекционным средством являются многие традиционные игры, которые, к сожалению, постепенно исчезают из культуры детства. Например, игра «Море волнуется раз» дает возможность ребенку почувствовать свое тело, установить соответствие между задуманной и изображенной позами. Хороши «классики», которые развивают точность движений, координацию, зрительно-двигательное соотношение. Полезны также хороводы, игры в «лапту», «вышибалы». В свое время широко была распространена игра в «города». В этой игре есть замечательный момент, когда ведущий должен зрительно определить число шагов до игрока. Неоценим вклад в развитие ребенка больших дворовых игр, таких, как, например, «Казаки-разбойники». Другая традиционная игра, «Морской бой», учит чувствовать поле, сканировать пространство.

Когда следует переходить к следующему этапу работы? Это зависит от индивидуальных особенностей ребенка, глубины имеющегося у него нарушения или слабости функции. Не стоит добиваться быстрого, всегда стабильного выполнения задания. Так, левши всю жизнь испытывают трудности ориентировки в пространстве или же процесс ориентирования носит у них очень осознанный характер. Наша задача — создать вместе с ребенком арсенал компенсирующих средств, маркеров, способов преодоления слабого звена.

Если нарушения пространственных представлений выражены грубо, вызваны патологией головного мозга, то формирование функции нужно начинать с самых низких уровней (что достигается массажем, различными сенсорными воздействиями), осуществлять его постепенно и планомерно.

На следующем, **втором этапе** работы у ребенка формируется представление о том, что целостная картина пространства состоит из отдельных фрагментов, расположенных в строго определенном порядке. Поэтому их перестановка может исказить картину до неузнаваемости.

Хорошим методом, который может быть использован на данном этапе, является складывание картинки из частей. Необходимо выработать принятый в европейской культуре способ движения по про-

странству: слева направо и сверху вниз. По этой причине мы всегда начинаем складывать картинку начиная с левого верхнего угла.

Для первых этапов работы не годятся широко распространенные «пазлы», так как они не позволяют использовать описанную программу работы. Лучше начинать с простых кубиков. Выбирается целая картинка-образец, и все кубики по очереди поворачиваются соответствующей гранью. Затем внимание ребенка постепенно обращается на нужные фрагменты образца: левый верхний, следующий справа (все остальные части пока закрыты) и т.д. Ребенок глазами или помогая себе наложением на картинку выбирает нужный кубик, затем следующий и т.д.

Существует несколько способов усложнения задания:

- 1) изображения отдельных предметов сменяются сложными сюжетами;
- 2) реалистические изображения заменяются стилизованными или контурными;
- 3) вместо реально окрашенных картинок предъявляются черно-белые;
- 4) увеличивается число фрагментов, на которые делится картинка;
- 5) усложняются линии разрезов;
- 6) работа по образцу сменяется работой без образца.

Модификаций методики может быть множество (см.: *Пылаева Н. М., Ахутина Т. В.* Развитие и коррекция зрительно-вербальных функций у детей 5–7 лет // Психолого-медико-социальные центры и комплексы социальной помощи детям и подросткам МКО. — М.: Центр инноваций в педагогике, 1998. — С. 139–140).

Работа на **третьем этапе** направлена на формирование у детей автоматизированных рядов (для детей, конечно, они таковыми не являются, автоматизированными они становятся у взрослых). Поскольку есть целый арсенал рядов, с которыми связана обычная жизнь и при помощи которых люди общаются и понимают друг друга, наша задача — помочь ребенку с ними познакомиться и свободно ими пользоваться. Чем хороша работа с этими рядами? В первую очередь тем, что в каждом ряду есть отправная точка, место или понятие, от которых начинается отсчет; есть некоторое направление, в котором этот отсчет ведется; и есть определенный строгий, выстроенный в пространстве, или во времени, или в семантическом поле порядок элементов.

Примерная иерархия рядов выглядит следующим образом. Самым простым для ребенка является произнесение фамилии и имени; на более поздних этапах к ним подключается и отчество, которое просто становится на свое место. Далее следует порядковый счет. В зависимости от возраста и обучения — до трех, пяти, десяти. Дальше — время дня. За ним следуют дни недели, затем времена года. Далее — месяцы года. Самое сложное — расположение чисел на циферблате часов, что представляет собой тоже некоторый числовой ряд, но ребенок это не всегда видит.

Работой с собственно числовым рядом увлекаться не следует, так как во многих случаях, усвоив функцию числа, состоящую в обозначении порядка, ребенок с трудом осваивает другую важную функцию числа — функцию измерения количества.

Простейший ряд, с которым можно начинать работать с маленькими детьми, заключен в пирамидке, в основании которой находится самый большой кружок (колесико), а диаметр кружков снизу вверх постепенно уменьшается. Пирамидку можно собирать по образцу, по представлению, по речевой инструкции. Аналогичны способы работы с разборной матрешкой.

Формы работы с автоматизированными рядами могут быть самыми разнообразными. Прежде всего необходимо использовать много различных опор: смысловых (объяснения) и зрительных (картинки). Если ребенок умеет читать, то ему в качестве опоры предлагаются написанные слова. Последовательность элементов ряда связывается с бытовыми явлениями, изменениями в природе и т.д. Существует большое количество дворовых и настольных игр, которые способствуют усвоению различных последовательностей событий и явлений.

Иногда приходится сталкиваться с детьми старшего возраста, у которых в свое время не были должным образом сформированы пространственные представления, и поэтому впоследствии соответствующая недостаточность стала проявляться в письме, чтении, счете. В таких случаях ребенка бывает очень трудно обучить, например, некоторым математическим операциям. Поэтому желательно добиваться своевременного формирования у детей пространственных представлений. Если коррекционная работа с ребенком начинается поздно, то и на этот случай существуют специальные методы устранения пространственных трудностей в письме, чтении, счете. Однако описание соответствующих методов выходит за рамки нашего рассмотрения.

Восприятие музыкальных произведений детьми

И.С. Константинова, А.А. Цыганок

В нейропсихологии существует традиционный подход к изучению сложных форм деятельности. Как правило, на основе нейропсихологического обследования испытуемых делят на несколько групп (например, в отдельные группы попадают больные с поражениями разных отделов головного мозга), анализируют состояние изучаемого процесса в выделенных группах и сравнивают группы между собой. Мы начали исследование восприятия музыки по этой же схеме, т.е. выделили две группы детей в соответствии с двумя часто встречающимися синдромами нарушения познавательной сферы и поведения.

Первую группу составили дети с нейропсихологическими акцентуациями в левом полушарии или с пораженным (в результате травмы или раннего заболевания ЦНС) левым полушарием головного мозга. Это полушарие в большей степени, чем правое, связано с речевыми процессами, для него характерен аналитический, последовательный способ обработки информации. Соответственно, нарушение его работы приводит к различным трудностям порождения и понимания речи, нарушению вербального компонента различных психических процессов; у больных с поражениями передних отделов левого полушария нарушаются процессы программирования и контроля за деятельностью, а также серийная организация психических процессов, выражена такая их характеристика, как инертность.

Иная картина наблюдается у детей с акцентуациями или поражениями правого полушария мозга — вторая группа. Для правого полушария характерна холистическая, целостная стратегия обработки информации; с его работой связывают протекание неречевых процессов. Поэтому больные с поражением структур правого полушария (и дети с правополушарными акцентуациями) демонстрируют другие изменения в протекании психических процессов — расторможен-

Опубликовано в сб. «Особый ребенок: исследования и опыт помощи: Музыка и танцы в коррекции нарушений развития у детей». — М.: Центр лечебной педагогики, 2001.— Вып. 4.

ность, неадекватность поведения, некритичность, болтливость. Чаще, чем при левосторонних поражениях, страдает эмоциональная сфера и сознание. Для этих больных характерны также нарушения пространственных представлений, соматогнозиса, различные агнозии.

И в том, и в другом случае у ребенка нарушаются поведение, способность действовать произвольно. Если подобное расстройство носит тяжелый характер, проведение каких-либо исследований будет затруднено или вообще невозможно. Дети с нейропсихологическими акцентуациями (с индивидуально-психологическими особенностями, связанными с индивидуальным же морфофункциональным своеобразием) демонстрируют аналогичные, но выраженные в меньшей степени изменения в протекании психических процессов, поэтому данные, полученные в этих группах, отчасти можно распространить и на гораздо более выраженные нарушения. Исследование восприятия музыки детьми с акцентуациями — первый шаг к выявлению того, какие именно музыкальные воздействия показаны детям, а какие, наоборот, могут оказаться для них вредными.

Музыка представляет особую реальность, с которой мы постоянно сталкиваемся. Музыка часто звучит вокруг нас, сопровождает определенные события, доставляет удовольствие нам или окружающим нас людям.

На восприятие музыки оказывает влияние ряд факторов, одни из которых связаны с особенностями слушателя (их можно назвать внутренними), другие — с особенностями музыкального произведения (соответственно внешние факторы).

Среди доступных композитору средств музыкальной выразительности простейшими являются звуковысотность, громкость, темп, ритм, тембр, определяемый выбором того или иного музыкального инструмента. Создавая произведение, композитор может более или менее однозначно указать звуковысотные отношения, т.е. тональность и мелодию. Темп и громкостная динамика произведения могут по-разному трактоваться исполнителями. Даже зафиксированный в нотной записи ритм музыки может изменяться (рубато). Выбранный композитором инструмент тоже не всегда сохраняется — часто мы слушаем переложения оркестровых пьес для фортепиано, исполнения песен без аккомпанемента и т.д. Таким образом, некоторые средства музыкальной выразительности отражают замысел композитора, другие — в значительной мере трактовку исполнителя.

Благодаря разной высоте звуков слушатель воспринимает структуру мелодии, отделяет ее от аккомпанемента; звуковысотные отношения определяют такие важные характеристики произведения, как лад (мажор или минор) и тональность. Поэтому высота является важным фактором, влияющим на восприятие музыки. При этом восприятие высоты музыкальных звуков различается у разных людей: известны, с одной стороны, случаи «звуковысотной глухоты» (т.е. отсутствия или неразвитости музыкального слуха) и с другой — способность воспринимать очень тонкие звуковысотные градации.

Очень важными факторами восприятия являются темп и ритм произведения. Они организуют музыку во времени. Изменения темпа могут передавать настроение, особенно сильные эмоции. Ритм приближает музыку к материальной реальности, так как ритмическими характеристиками обладают многие звуки природы, движения, речь человека, работа его организма. Поэтому исследователи говорят о наиболее сильном и непосредственном воздействии музыкального ритма на человека.

Громкостная динамика произведения также имеет некоторый аналог в немзыкальной реальности — изменение громкости сопровождается, например, приближением или удалением источника звука; динамическая составляющая речи человека является также очень важным ее невербальным компонентом, передающим настроение говорящего, его отношение к собеседнику и собственному сообщению.

Несмотря на то что воздействию музыки на человека посвящено большое количество исследований, восприятие музыкальных произведений в настоящее время изучено слабо. Эксперименты музыковед Г.Н. Кечухашвили позволяют говорить, что у взрослых испытуемых музыка вызывает зрительные образы, адекватно передающие настроение и содержание музыкального произведения [1]. Известно, что при локальных поражениях мозга восприятие музыки определенным образом нарушается, причем характер этих нарушений зависит от стороны поражения [2].

В зависимости от возраста ребенка значимость различных характеристик музыки меняется. Так, по данным В.К. Белобородовой, для первоклассников определяющую роль играет темп произведения и гораздо меньшую — мелодия, ритмический рисунок и гармония. К третьему классу ситуация меняется, дети начинают ориентироваться на большее число характеристик музыки, их восприятие становится полнее, целостнее [3].

Музыка все время сопровождает работу с детьми. Это не только музыкальные занятия в детских садах и школах, призванные духовно обогащать ребенка, приобщать его к культуре, — музыка используется и для коррекционного воздействия на занятиях с «особыми» детьми. Известно, какую важную роль играют музыкальные занятия в работе с детьми, имеющими нарушения речи, двигательной сферы, общения. Описаны случаи, когда неговорящие дети сначала начинали петь, что помогало им потом научиться говорить [4]. В известной Школе Бороздина в Новосибирске все занятия с детьми основаны на использовании музыки и рисования: дети учатся петь, играют с педагогом на фортепиано, танцуют. Такая работа позволяет достичь хороших результатов: «...снижается степень олигофрении, значительно улучшается состояние двигательной сферы у детей с ДЦП и т.д.» [5].

Известны также и факты отрицательного воздействия музыки на ребенка. Так, музыка с чрезмерно активной ритмикой может спровоцировать судорожный приступ или вспышку возбуждения у ребенка. Казалось бы светлая, радостная, но медленная и спокойная песня про солнышко, которая нравилась всем детям в нашей группе, так расстроила одну девочку, что она, обычно веселая, заплакала и пошла к маме на руки (до этого никому в голову не приходило, что эта песня может восприниматься как очень грустная).

Итак, музыка способна приносить детям не только пользу. Если мы хотим использовать музыку в работе, нам важно понять, как она влияет на детей и от чего это влияние зависит.

Обычно говорят о двух направлениях воздействия музыки на человека. Это влияние *эмоциональное* (музыка может изменять настроение слушателя, вызывать у него разные эмоции) и *образное* (слушая музыку, мы можем представить себе ее содержание, и тогда в нашем сознании обычно возникает какой-либо образ). Однако не исключено, что кроме этих двух направлений существует еще что-то, чего до сих пор не учли при анализе музыкального воздействия.

Мы выбрали несколько музыкальных произведений и исследовали ассоциации, которые возникали у детей при слушании музыки. Произведения различались по содержанию, образности и степени эмоциональности; прослушивались они в магнитофонной записи. Индикатором служили рассказы «о чем говорит музыка» и иллюстрирующие их рисунки с последующим объяснением.

В эксперименте принимали участие дети 5–14 лет — обычные здоровые дети, которые учатся в общеобразовательных школах или

посещают массовые детские сады. На основании нейропсихологического исследования в соответствии с заданными экспериментальными моделями были выделены две группы: из детей с акцентуациями в левом (первая группа) и в правом (вторая группа) полушарии головного мозга.

Оказалось, что для большинства наших испытуемых музыка несет в себе некоторое содержание. Несмотря на то, что большинство детей никогда раньше не сталкивалось с подобным заданием, просьба описать содержание музыки их не удивляла. Очень редко дети отказывались от задания на том основании, что «музыка ни о чем им не рассказала». Не было ни одного ребенка, который бы вообще не принял задания. Иногда можно было говорить о непринятии ребенком задания, хотя он не отказывался прямо; в ряде случаев нам не удалось установить связи между музыкой и образом, о котором говорил ребенок, — можно предположить, что дети говорили и рисовали просто так, потому что надо что-то сказать. Таких случаев у нас было несколько больше, чем прямых отказов, причем среди самых маленьких детей.

Нас интересовало, на что именно в музыке реагируют дети, когда анализируют ее содержание. Оказалось, что довольно часто возникающий у ребенка образ передает настроение музыки, но такие ассоциации по частоте появления стоят на втором месте. Чаще всего носителями смысла являются некоторые музыкальные характеристики, которые не описываются упомянутыми выше общепринятыми терминами. Мы определили их как *энергетические особенности* музыкального произведения. Они базируются на смешанной составляющей, которая включает ритм, темп, громкость, но не сводится к ним. Это те особенности произведения, которые согласуются с собственными биологическими ритмами человека: если они вступают в резонанс, создается впечатление чего-то знакомого, понятного. Слушая такую музыку, можно представить себе какое-то движение, развитие — что-то последовательно осуществляемое.

Передать эту характеристику только при помощи ритма невозможно, так как даже произведение со столь явно выраженной ритмикой, как «Дождик» Г.В. Свиридова, соответствующих двигательных ассоциаций почти не вызывало. С другой стороны, спокойная музыка в умеренном темпе и с «капающим» мелодическим движением пьесы «Болезнь куклы» П.И. Чайковского часто связывалась в сознании детей с постепенным движением, развитием — «цветочки распускаются», «человек волнуется и ходит по комнате» и т.д.

Чаще всего дети довольно точно передавали в рассказах и рисунках энергетические особенности музыки: слушая марш, рисовали военных, парад, маршировку («Коронация», «Солдаты идут на войну», «Муравьи — как они идут»); спокойная пьеса «Болезнь куклы» была для них похожа на колыбельную («Про колыбельку с малышом»), вальс «Весенние голоса» И. Штрауса — на кружащиеся снежинки, танцующих на балу («Бал идет, все танцуют», «Весна, бабочки все проснулись») и т.д. Иногда дети передавали энергетические особенности произведения, но не обращали внимания на эмоциональную составляющую: послушав «Болезнь куклы», Леша Т. нарисовал мальчика, поднимающегося по лестнице, в оценке настроения сначала затруднился и, только дорисовав до конца, сказал, что музыка грустная: «Кто знает, что его там наверху ждет». Здесь ребенок, не ощутив сначала настроения произведения, передал его энергетическую составляющую — развитие события, движение в определенном направлении.

Несколько реже дети опирались в своей оценке на настроение музыки, определяя грустные или веселые произведения. При этом энергетика музыки могла не учитываться: «Болезнь куклы» — грустно: «Муж и жена, муж уходит на войну, а она его провожает» и т.д. В большинстве случаев дети адекватно определяют знак эмоции (весело — грустно), но почти всегда ограничиваются этими двумя словами. Очень редко встречались такие описания, как «озорная», «печальная», «задумчивая» музыка. Иногда дети отказывались говорить о настроении музыкального произведения, утверждали, что не знают вообще никаких настроений. Подсказка, что музыка может быть веселой или грустной, им помогала, и они адекватно оценивали настроение.

Мы описали общие тенденции в восприятии музыки детьми, но целью нашего исследования является изучение различий в протекании этого процесса у детей с право- и левополушарными акцентуациями. Анализ результатов эксперимента позволяет говорить о существенных различиях между этими двумя группами детей.

Так, дети с акцентуациями в левом полушарии (и более активным правым полушарием мозга) чаще отказывались говорить о содержании музыки и реже высказывали не связанные с музыкой ассоциации. Рассказы этих детей были менее развернуты и многословны, часто сводились к называнию предмета, героя или действия: «Я бегу», «Волны в море, маленькая тучка», «Коронация».

В ходе восприятия музыки и оценки ее содержания так же, как и в других процессах у этих детей, проявилась инертность. Мы различали *инертность в рассказах*, когда ребенок дает похожие ассоциации на разные музыкальные произведения, и *инертность в рисунках*, при которой ребенок делает похожие рисунки. Дети первой группы часто демонстрировали оба типа инертности. Так, услышав в первом произведении дождик, многие и дальше связывали музыку с разной погодой; другие дети после второго произведения (вальс) описывали еще несколько танцев и т.д. Похожи друг на друга и их рисунки: иногда мы получали совершенно одинаковые тучки на небе, деревья в лесу — даже если соответствующие этим рисункам рассказы были на разные темы. Рассказ ребенка о музыке мог не повторять предыдущий, а продолжать его («Дождик»; «Дождик кончился, все пошли гулять»; «Снова налетела туча» и т.д.). Такие ответы мы также рассматривали как проявление инертности.

Дети с правополушарными акцентуациями, наоборот, реже отказывались от задания — они предпочитали рисовать, даже если музыка ни о чем им не напоминала. Так, нам не удалось установить связи между произведениями и рассказами детей в следующих случаях: «Дождик» Свиридова — «Матрешки ходят», «Сердце поэта» Э. Грига — «Девочка, удав, звездочки», «Весенние голоса» Штрауса — «Прямоугольник» и т.д. Инертных повторений у детей второй группы было значительно меньше, хотя и здесь встречались рассказы на одну тему.

Намного чаще, чем другие дети, они описывали развернутый сюжет, некоторое действие («Мальчик пришел к девочке и сказал...», «Серенький козлик решил пошутить...» и т.д.). Чаще других дети второй группы использовали при оценке содержания музыки знакомые образы — песни, сказки («Дождик» — «Царевна-лягушка», «Весенние голоса» — «Лев и волк»). Дети с левополушарными акцентуациями почти всегда придумывали свои истории и сцены; дети с акцентуациями в правом полушарии называли знакомую сказку, потом могли пересказать ее сюжет, иногда они вспоминали похожую песню, мультфильм с похожей музыкой и пересказывали его содержание.

Как и любой другой психический процесс, восприятие музыки, понимание ее содержания развиваются в онтогенезе. Нам удалось выделить несколько линий такого развития. Например, с возрастом уменьшается число случайных ассоциаций, не связанных с музыкой, уменьшается проявление инертности, возникающие у детей образы усложняются, дети чаще описывают развивающийся сюжет или слож-

ные картины. В целом можно говорить, что к 10–14 годам (старшая из выделенных нами возрастных ступеней) происходит сближение позиций разных детей в восприятии музыкальных произведений. Мы видим две основные причины такого сближения. С одной стороны, к этому возрасту мозг достигает достаточного уровня развития, работает как системный орган и осуществляет любую деятельность согласованной работой всех отделов. С другой стороны, развиваясь, ребенок все больше испытывает воздействие окружающей среды, в том числе социума, на разных детей среда оказывает одно и то же влияние (различия связаны только с особенностями детей, их восприимчивости к этому влиянию). В результате действия среды и развития мозга к определенному возрасту нейропсихологические акцентуации уже не играют такой важной роли в протекании сложных психических процессов. Можно считать, что именно 10–14 лет — это такой переломный возраст, начиная с которого мы можем в работе с разными детьми использовать близкие методы и материал.

Возвращаясь к описанным в начале статьи группам, можно сделать следующие, пока предварительные выводы, которые могут иметь решающее значение для участия музыкотерапевта в коррекционном процессе.

Представители первой группы (дети с левополушарными акцентуациями) характеризуются инертностью, при этом демонстрируют творческий подход к восприятию целостных музыкальных произведений, их суждения самостоятельны, часто оригинальны, хотя средства выражения (рассказы, рисунки) могут быть бедными. Именно с помощью музыки возможно уменьшение инертности, снятие произвольности у таких детей.

Дети, составившие вторую группу, как правило, ищут и представляют знакомый сюжет, часто не очень заботясь о его соответствии произведению. Их средства выражения богаты и разнообразны (они многословны до резонерства, в рисунках используют много цветов). При восприятии у этих детей возникает большое количество образов и ассоциаций, в большинстве случаев далеких от замысла композитора. Поэтому, начиная работать с детьми данной группы, нужно использовать простые мелодии и при помощи вербальных сюжетов и рисунков объяснять содержание услышанных произведений. В то же время возникновение случайных ассоциаций может привести к непредсказуемым впечатлениям, вызвать у детей страхи, отказы от

занятий. Поэтому использовать музыку в работе с этими детьми надо особенно осторожно.

При работе со всеми детьми важно учитывать, что музыка почти всегда вызывает в сознании ребенка какую-то ассоциацию, образ, хотя иногда дети об этом не говорят. Нельзя навязывать ребенку свою точку зрения — она может не совпадать с тем, что он себе представляет. Важно обратить внимание на изменения в восприятии музыки, которые происходят с возрастом. Сближение позиций детей разных групп, влияние социальных условий, присущего подростковому возрасту конформизма приводят к формированию похожих вкусов («модная музыка»). У маленьких детей такого единообразия не бывает, поэтому учет их индивидуальных различий в восприятии особенно важен.

Нельзя исключить, что восприятие музыки младшими детьми, особенно имеющими проблемы развития, базируется на воздействии ее отдельных элементарных характеристик — ритма, темпа, звуковысотных отношений и т.п. В дальнейшем мы планируем изучение этого влияния.

Литература

1. *Кечуашвили Г.Н.* К характеристике наглядных образов при восприятии музыки // Вопросы психологии. — 1957. — № 1. — С. 116–124.
2. *Соловьева Г.А.* Разработка и апробация метода изучения состояния восприятия музыки при различных локальных поражениях мозга: Дипломная работа / Московский гос. ун-т, ф-т психологии, кафедра нейро- и патопсихологии; Руководитель: канд. психол. наук Н.Г. Калита. — М., 1982. — 58 с.
3. *Белобородова В.К.* О некоторых особенностях музыкального восприятия младших школьников // Музыкальное восприятие школьников / Под ред. М.А. Румер. — М.: Педагогика, 1975. — С. 36–88.
4. *Битова А.Л.* Формирование речи у детей с тяжелыми речевыми нарушениями: начальные этапы работы // Особый ребенок. Исследования и опыт помощи. — 1999. — Вып. 2. — С. 44–52.
5. *Бороздин А.И.* Дошкольный центр социальной реабилитации в Академгородке (Школа Бороздина) // Возможности реабилитации детей с умственными и физическими ограничениями средствами образования: Сб. науч. тр. и проектн. мат-лов. — Ин-т педагогич. инноваций РАО. — М., 1995. — С. 191–200.

Опыт Центра лечебной педагогики в диагностике и коррекции нарушений развития детей раннего возраста

А.Л. Битова, А.Л. Рева, А.А. Цыганок,
А.М. Тимофеева, М.А. Морозова, Л.М. Зельдин,
В.Д. Пак, О.А. Тихонова, Ю.Г. Зарубина

Семьи, имеющие детей с нарушениями развития, нуждаются в психолого-педагогической помощи с первых месяцев жизни ребенка. Это обстоятельство не так очевидно, как кажется. Хотя во многих случаях признаки неблагополучия можно заметить уже в первые недели жизни, зачастую проходят месяцы и годы, прежде чем с ребенком начинается коррекционная педагогическая работа. Между тем опыт подтвердил, что чем раньше начато оказание помощи, тем больших результатов удастся достичь.

Сейчас во всем мире уже широко распространены различные системы помощи детям раннего возраста: системы ранней помощи, раннего вмешательства, раннего обучения.

Но не рано ли говорить об «учебе» для младенца? Нужен ли ему педагог? Чему учить малыша? И как его обучать?

Эти вопросы обязательно встанут перед специалистом (педагогом, дефектологом, логопедом), который, имея опыт педагогической работы с детьми более старшего возраста, начнет работать с малышами.

Попробуем ответить на вопрос об «учебе». Человек учится всю жизнь, и в этом отношении период раннего детства (от рождения до 3 лет) уникален: за три первые года жизни ребенок меняется буквально на глазах, он осваивает такой объем нового материала, который

Печатается в сокращении. Опубликовано в сб. «Методические рекомендации по использованию различных методик раннего выявления и коррекции нарушений психического развития детей. Министерство образования Московской области, РБОО «Центр лечебной педагогики» — Областная целевая программа «Развитие образования Московской области на 2001–2005 гг.» — М., 2003.

равноценен всему, что он узнает и освоит за оставшуюся жизнь. Именно в раннем возрасте закладывается не только фундамент психических функций (речь, память, мышление и др.), но и фундамент личности человека.

Для того чтобы младенец мог успешно обучаться, нужно внутреннее и внешнее «обеспечение». В норме при рождении ребенок имеет полный набор нейронов головного мозга, все нервные центры дифференцированы, основные связи установлены. Но мозг ребенка составляет четвертую часть мозга взрослого. Рост мозга идет за счет увеличения размеров и количества нервных отростков, установления новых синаптических связей. А для этого нужно внешнее «обеспечение»: новые связи начинают появляться тогда, когда клетки получают соответствующие стимулы из внешней среды с последующим подкреплением в поведении ребенка. В медицинской литературе даже существует термин «синапсисы, ожидающие опыта». Если внутренние ожидания не подкрепляются извне, то соответствующие синапсисы отмирают.

В норме малыш постоянно учится: усваивает новую информацию, осваивает новые навыки. Казалось бы, никто не направляет малыша в его учебе, он учится спонтанно. Однако — не хаотично.

Существует закономерная последовательность событий: в определенный период времени у ребенка появляются очередные навыки, что является, с одной стороны, результатом накопления предыдущего опыта и, с другой стороны, условием (базисом) для овладения последующими навыками. Например, в процессе становления манипуляционной деятельности происходит постепенное совершенствование тонких движений пальцев рук: сначала ребенок учится дотягиваться до предмета, потом захватывать его, потом удерживать предмет в руке. Следующий навык — умение отпустить предмет, зажаты в руке. Освоив все предыдущее, ребенок учится переключать игрушку из одной руки в другую, и, наконец, он овладевает умением пользоваться одновременно двумя руками. На базе этих умений развивается вся последующая предметная деятельность, а также идет освоение многих необходимых социальных навыков (в том числе навыков самообслуживания).

Если по тем или иным причинам ребенок не осваивает какой-либо очередной навык, дальнейшее более сложное поведение может оказаться для него недоступно (например, девочка 4 лет, не умеющая пользоваться одновременно двумя руками, не могла самостоя-

тельно есть: когда она брала в руку хлеб, у нее падала ложка, и наоборот).

В этой сфере мы можем наблюдать действие механизма «от простого к сложному». На основе этого принципа составлены многие программы обучения для детей и взрослых. Но важно не забывать, что одновременно здесь действует другой закон — целостности, осмысленности: любое умение, навык, знание только тогда станет «работать», станет полезным, когда оно будет осмыслено с точки зрения общей жизненной ситуации и будет включено в более широкий жизненный контекст. Более того, именно наличие сложной, наполненной событиями и общением внешней среды способствует тому, что у ребенка появляются новые жизненные задачи, для решения которых ему необходимо «напрячь силенки» и научиться чему-то новому.

Например, у младенца очень рано спонтанно появляется гуление (ребенок произвольно издает звуки), потом появляется лепет (ребенок много раз может повторять один и тот же звук или сочетание звуков), но эти «речевые умения» поначалу — только реализация того внутреннего обеспечения, которое заложено в ребенке: пока он не встретит «собеседника» и не вступит с ним в контакт, его умение слушать и отвечать не получит своего развития. Это хорошо видно на примере детей, глухих от рождения: у такого ребенка в обычные сроки появляется гуление, но лепет, а тем более речевое общение с другими людьми не возникают без специально организованных занятий (из-за проблем со слухом ребенок лишен возможности погрузиться в речевую развивающую среду).

Как же соединяются в малыше «внутреннее» обеспечение и «внешние» стимулы, каким образом он учится? В ребенке заложена удивительная способность к **подражанию** (он может выполнять действие «по образу и подобию») и, кроме того, он очень любит **повторять**. Достаточно понаблюдать за малышом, который самостоятельно осваивает какое-то новое движение, например трясет погремушкой, раскачивается, стоя на четвереньках, хлопает дверцей шкафа или упорно бросает ложку на пол и смотрит на результат, невзирая на протесты взрослых. Взрослые быстро устают от этой, кажущейся им однообразной и бессмысленной, деятельности ребенка, а ведь ребенок в такие моменты занят очень важным делом: он упорно **тренируется**, как бы выполняя «домашние задания». Конечно, делает он это пока **непроизвольно** (у него нет **цели** научиться), но и на этом непроизвольном уровне ребенок все равно учится. Движущей силой

такой учебы является интерес, удовольствие, радость и т.п. Это обязательно надо иметь в виду, строя занятия с малышом.

Постепенный переход от случайных, произвольных, движений и реакций ко все более осознанной, целенаправленной, **произвольной** деятельности отражает постепенное последовательное созревание головного мозга. В первые месяцы жизни ребенка поведение определяется врожденными рефлексам и в его действиях преобладает хаотическая двигательная активность; постепенно вырабатываются ориентировочные рефлекс, появляется устойчивое внимание к слабым раздражителям. Одновременно в работу включаются зрительные, слуховые, тактильные, двигательные анализаторы, налаживается их взаимодействие; начинают работать механизмы формирования и сохранения образов. Достаточно бурно идет процесс когнитивного развития (то, что Жан Пиаже назвал «моторным интеллектом», координирующим сенсорный опыт ребенка и моторные действия). До определенного момента эти две линии развития идут как бы параллельно, потом переплетаются, дополняя и подкрепляя друг друга, позволяя ребенку делать первые интеллектуальные шаги. Стабильность возникающих образов побуждает ребенка к поиску спрятанного предмета. В норме к году начинают функционировать отделы мозга, обеспечивающие запоминание и воспроизведение последовательности событий, удержание плана, понимание отдаленных целей. На этом этапе уже появляются первые признаки произвольной исследовательской деятельности и произвольного подражания (ребенку можно сказать: «Делай, как я»). Ребенок начинает ориентироваться в обстановке, приспосабливать свое поведение к требованиям взрослых.

Но в основном малыш еще по сути своей «вольный стрелок» — он имеет право не слушать, не смотреть, не повторять и т.д. или делать все это только тогда, когда ему интересно. Этим обучение младенца или ребенка раннего возраста принципиально отличается от всех других форм обучения: педагог не может воздействовать на сознание ребенка, не может поставить перед ребенком волевою задачу и, значит, должен искать другие пути, создавать вокруг ребенка такой мир, такую среду, в которой бы он невольно, спонтанно «учился».

Итак, обучение малышей характеризуется следующими особенностями: идет от простого к сложному; происходит на произвольном уровне, а значит, с опорой не на волевые усилия ребенка, а на интерес; в условиях погруженности малыша в полноценную, разно-

образную «развивающую» жизнь; идет одновременно по многим направлениям — развитие моторной и сенсорной сферы, эмоций, речи, общения, социальных навыков и т.п.

Таким образом, период раннего детства — время интенсивной учебы без специально организованного обучения: «ученик» и «учителя» просто живут вместе, не замечая, что они погружены в «учебный процесс».

Когда ребенок здоров и все идет хорошо, родителям достаточно просто поместить его в эту развивающую жизненную среду, предоставить ему определенную свободу, насытить его жизнь разнообразием контактов и впечатлений — и процесс обучения пойдет сам собой.

Конечно, такая «младенческая учеба» идет достаточно легко и незаметно лишь в том случае, если ребенок здоров и нормально развивается. Если ребенок «проблемный», нужны будут специальные усилия, специальное внимание со стороны взрослого. Например, чтобы стимулировать познавательную активность ребенка и обучить его дотягиваться до предмета, в обычном случае достаточно окружить его разнообразными предметами и предоставить свободу выбора, в случае же с «проблемным» ребенком этого недостаточно и необходимо создать специальные условия: для ребенка с моторными трудностями — обеспечить удобное положение тела, определить подходящее «учебное» расстояние до предмета (не слишком далеко и не слишком близко), выбрать подходящий темп предъявления игрушки и т.д.; для ребенка слабовидящего — использовать звучащие игрушки и предметы с интересной, разнообразной фактурой; для ребенка вялого, апатичного — выбрать игрушку красочную, яркую, которая сможет по-настоящему его заинтересовать.

Родителям не всегда удастся догадаться самим, какие специальные условия необходимы для развития их малыша, а врачи часто ограничиваются постановкой диагноза или перечислением проблем ребенка и рекомендаций, чему его уже пора научить. Но как учить? И кто научит этому маму? В таком случае нужен специалист-педагог, имеющий специальные знания в области раннего развития и владеющий методиками обучения детей раннего возраста.

В западных странах, где этот вид помощи начал развиваться намного раньше, чем у нас, ситуация сейчас выглядит иначе. При обнаружении нарушений развития у ребенка его семью сразу связывают с ассоциацией родителей со схожими проблемами; к нему направля-

ется междисциплинарная команда специалистов, призванная не только помочь ребенку, но и оказать психологическую поддержку его родителям и всей семье. Остается надеяться, что постепенно ситуация изменится и у нас: в курс обучения врачей будут включены базовые знания о педагогике и психологии младенца, при работе с детьми раннего возраста основную роль станет играть междисциплинарная команда специалистов. В ее состав должны войти все необходимые специалисты: дефектолог, педагог, специалист по массажу и лечебной физкультуре, педагог — специалист по развитию движений и по арт-терапии, психолог, нейропсихолог, семейный психолог, невролог и педиатр.

Включение **педиатра** в состав команды для работы с маленькими детьми обусловлено следующим. Чем младше ребенок, тем более целостной, неразделимой на отдельные «блоки» системой является его организм. Практически невозможно по проявлениям неблагополучия судить о его причинах. Проблемы соматического или неврологического характера могут иметь сходные проявления. Кроме того, любое заболевание может одинаково отрицательно сказаться на всех системах ребенка. У детей с нарушениями развития довольно рано, уже в возрасте до 6 месяцев, могут наблюдаться соматические нарушения и нарушения обмена веществ. В этом возрасте соматическое расстройство обычно влечет за собой неврологическое неблагополучие, и, наоборот, поэтому решение соматической проблемы ребенка очень часто приводит к улучшениям в неврологической сфере и его состояния в целом. Педиатр вместе с неврологом вырабатывает совместные назначения, стараясь согласовать и минимизировать применение лекарственных средств.

Известно, что медикаментозная терапия достаточно опасна и вызывает частые осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы, печени и всей системы пищеварения. Этим объясняется постоянный интерес к терапевтическим возможностям диет и специальных продуктов питания. В зарубежных публикациях сообщается о применении кетогенной диеты детям с судорожным синдромом, ее эффективность подтверждается многими авторами. К сожалению, до настоящего времени в литературе не описано длительных и постоянных наблюдений за состоянием здоровья детей, находящихся на кетогенной диете. В России изучение этой диеты только начинается. Вызывает интерес также информация о применении безглютеновой диеты при синдроме аутизма, однако безглютеновые продукты дос-

тупны далеко не каждой семье. Для детей, уже не находящихся полностью на грудном вскармливании, нами разработана собственная диета, в которой используются продукты, доступные всем.

Основные принципы предлагаемой диеты:

1. Раздельное питание

У больных детей, как правило, отмечается недостаток ферментов. В то же время известно, что при раздельном питании пища переваривается легче. Даже при резком снижении ферментативной активности раздельное питание приводит к более эффективному усвоению пищи.

2. Стимуляция собственной ферментативной активности

Ферментативную активность стимулируют натуральные соки, если принимать их в разведенном виде до еды. Раздельное питание на фоне стимуляции собственной ферментативной активности ребенка с помощью натуральных естественных соков приводит к исчезновению запоров, аллергических поражений кожи, улучшает аппетит, способствует нормализации работы всего пищеварительного тракта. Мы не рекомендуем принимать ферменты (креон и другие). Все ферменты изготовлены из животных белков других биологических видов. Введение в организм ребенка чужеродных белков вредно и может вызвать аллергию.

3. Позднее и очень осторожное введение в питание мяса и мясных продуктов для всех детей

Предпочтение должно отдаваться рыбным блюдам, содержащим в большом количестве фосфор.

Ребенку следует давать еды не столько, сколько рекомендует по возрастной диете для здоровых детей, а столько, сколько он сможет переварить в режиме раздельного питания с помощью собственных ферментов, стимулируемых разведенными соками. В целом при рекомендуемой нами диете предпочтение отдается натуральным продуктам: кашам из цельного зерна (пшеницы, дикого риса, ячменя), а не кашам быстрого приготовления; соки детям мы также рекомендуем приготавливать из фруктов самим, а не давать готовые. Вместо сахара лучше использовать мед, можно вводить в питание толченые орехи, которые хорошо сочетаются с кашами. Мясо мы не советуем вводить до 1 года.

Летом рекомендуется давать натошак размятую чернику, так как это лучшая возможность пролечить детей, страдающих колитом и другими желудочно-кишечными заболеваниями; черника также предупреждает развитие близорукости у детей. Также рекомендуем давать детям больше салатов, свежей зелени (петрушку, укроп). При приготовлении каш и салатов предпочтение следует отдавать растительным маслам. На зиму хорошо запастись ягодами, лучше лесными (клюква, брусника и др.), а не выращенными в саду.

Из молочных продуктов мы не рекомендуем давать детям йогурты, нескисающее молоко и другие ненатуральные продукты. Лучше всего использовать натуральную простоквашу, самим приготавливать творог из натурального молока. Если найти натуральное коровье или козье молоко трудно, каши можно готовить на яблочных отварах, как рекомендовано в книге А.М. Тимофеевой «Беседы детского доктора».

Невролог, даже при наличии неврологической симптоматики у ребенка с острыми соматическими проблемами, может приступать к активной работе только тогда, когда в результате работы педиатра состояние ребенка начинает улучшаться. Врач-невролог занимает одно из центральных мест в междисциплинарной команде специалистов, работающих с маленьким ребенком. Деятельность невролога в ЦЛП заметно отличается от аналогичной работы в поликлинике или стационаре, где врач ставит диагноз, назначает необходимые исследования и медикаментозное лечение.

Основные отличия заключаются в следующем:

— работа в команде специалистов, занимающихся развитием и коррекцией проблем данного ребенка; роль каждого специалиста состоит не в раздаче заданий коллегам, а в построении единого согласованного воздействия;

— направленное наблюдение за развитием ребенка, в частности за влиянием различных коррекционно-развивающих занятий и применяемых воздействий. Развитие — это зависимые от возраста структурно-функциональные изменения нервной системы (в частности, мозга). Процесс развития не является непрерывным и однонаправленным: выражены периоды прогресса, стабилизации, возможны регрессы; все зависит от возрастной ситуации. Роль невролога — наблюдать за тем, адекватны ли возможности данного ребенка его возрасту;

— специальное неврологическое обследование в отдельном кабинете составляет лишь небольшую часть динамического комплек-

са; основой диагностического заключения, как правило, является наблюдение за ребенком (если возможно) в ситуации игры, занятия, общения с детьми и взрослыми;

— тесная взаимосвязь с семьей; врач четко представляет себе, какие из его рекомендаций могут быть выполнены только под контролем специалистов (они реализуются на занятиях в Центре), а какие можно передать в семью (эти рекомендации подробно разъясняются родителям).

Невролог вместе с другими специалистами разрабатывает систему занятий, способствующую адекватному развитию. Он же, при необходимости, назначает массаж, двигательные занятия, ритмические воздействия, сенсорную стимуляцию. Медикаментозное лечение также относится к компетенции врача. При этом важно, чтобы оно не использовалось как замещающее другие коррекционные воздействия.

Неврологические проблемы у ребенка раннего возраста нельзя расценивать как неврологическое заболевание и лечить сугубо медицинскими методами. Усилиями междисциплинарной команды специалистов можно составить индивидуальную коррекционную программу, которая позволит рационально сочетать тренирующие упражнения с лекарственными средствами и добиться гораздо большего эффекта.

Назначение лекарственных препаратов с профилактической целью также себя не оправдывает. Например, применение ноотропных средств в момент истощения адаптационных механизмов вместо ожидаемого эффекта стимуляции может вызвать своеобразный откат назад с утратой уже отработанных навыков и общей расторможенностью. Необходимо уловить момент положительной динамики в развитии функции и назначить лекарство на подъеме, на позитивном рывке. Это позволяет добиваться большего эффекта малыми дозами, сведя тем самым к минимуму побочные эффекты и не мешая выстраиванию взаимодействий различных отделов нервной системы по продуманной программе.

В случаях отставания или различных задержек психического развития медицинская практика применяет так называемые стимулирующие препараты — медицинские препараты глобального и в большинстве случаев очень ненаправленного действия.

Специалисты-медики диагностируют отклонения развития, наблюдая искаженные формы активности ребенка (поведения, позна-

ния и т.п.). Сейчас уже найдены способы, позволяющие выделить тот уровень психического процесса, на котором произошел «сбой», и то элементарное звено, воздействуя на которое, можно оптимизировать функционирование данного психического процесса и системы психических процессов ребенка в целом. Степень нормализации будет зависеть от глубины и характера отклонений развития конкретного ребенка.

Существует немалое количество психолого-педагогических способов стимуляции развития психических процессов (движение, танец, музыка, ритм, запахи и др.), и степень воздействия таких стимуляторов очень значительна.

Большие терапевтические возможности дает использование ритмов. Ритмически организованная ситуация помогает ребенку адаптироваться в трудных для него условиях. Заметных результатов позволяет достичь специальная ритмически организованная терапевтическая среда: ритмическая организация времени и пространства; повторяемость событий — регулярное посещение занятий в определенные дни; определенная последовательность занятий, которая повторяется из раза в раз; четкая, повторяющаяся каждый раз структура каждого занятия и всего дня. Можно использовать ритмические игры и разные формы активности, основанные на ритме и на смене более и менее активных форм. Построенная таким образом среда становится для детей опорой в регуляции собственного поведения.

В некоторых случаях в результате исследований обнаруживается, что слабость психического процесса обусловлена недостаточностью его сенсорной составляющей. Тогда применяется система специфических воздействий, направленных на развитие соответствующего вида чувствительности — так называемая **сенсорная стимуляция**.

Авторы многих разработок по «раннему вмешательству» подчеркивают необходимость в сенсорной стимуляции детей, отстающих в развитии, и подчеркивают важность того, чтобы ребенок в первый год жизни освоил все **богатство ощущений**, с тем чтобы заработали все возможные анализаторные системы, чтобы у ребенка нарабатывались не только зрительные, слуховые, но и вкусовые, обонятельные ощущения.

Очень важно, чтобы у ребенка заработало осязание (кожная чувствительность). Ведь кожа — самый большой по площади орган человеческого восприятия. Тепло и холод, приятные и неприятные ощущения, прикосновения и боль, собственное меняющееся напря-

жение во время движения могут ощущаться кожей. Стимуляция кожной чувствительности пробуждает ощущение собственного тела, что будет основой для формирования схемы тела, для целевой координации движений, установления контакта с помощью движений.

Приведем упражнения, в которых используются доступные продукты (крупа, фасоль и т.п.) как пример характера воздействия. Аналогичные воздействия можно обеспечить и другими способами. Можно использовать любые неопасные материалы, в частности гравий, мелкий щебень, камешки, песок, гальку и др.

1. Сенсорная стимуляция рук

а) насыпать в тазик гречневую крупу (она довольно крупная и колкая на ощупь) и вместе с ребенком, запустив в тазик руки, перебирать ее, прятать в ней руки, пересыпать из руки в руку, прятать в ней мелкие предметы (ракушки, мелкие игрушки и т.д.) и, перебирая крупу, находить их, руками насыпать крупу в баночку.

Через несколько занятий необходимо сменить материал: например, начать играть точно так же с мелким песком, фасолью, рисом, макаронами и т.п.

б) Очень полезно играть с водой, несколько раз за занятие меняя ее температуру, чтобы руки чувствовали то холодную, то теплую воду.

в) Хорошо рисовать гуашью, но не кисточкой, а руками. Здесь важен не рисунок, а ощущения рук. Поэтому можно просто закрашивать краской весь лист или оставлять на бумаге следы ладоней. Во время занятий, как бы балуясь, пачкайте ребенка краской и наружные стороны кистей рук. Когда краска на наружной стороне кистей рук засохнет, важно обратить на это внимание ребенка: рассмотреть руки, подробно обсудить с ребенком его ощущения.

Во время таких игр обязательно нужно комментировать свои ощущения (как бы чувствуя себя на месте ребенка), тогда ребенок невольно будет сопоставлять ваши ощущения со своими и запоминать.

г) Очень полезно играть с глиной. Если ребенок не умеет лепить, можно шлепать по глиняной лепешке ладонями, пальчиками делать в ней ямки и т.д. Важно испачкать руки глиной, трогать ее. Когда глина начнет подсыхать, рассмотрите вместе руки, расскажите, что вы ощущаете, а затем вместе отправляйтесь их мыть (опять делая воду то теплой, то холодной).

д) Соберите коллекцию мячиков (лучше маленьких, размером с теннисный) с разной фактурой поверхности. Например, теннисный

мячик (мохнатый), резиновый (гладкий); можно самим сделать мячики из разных материалов: меховой, вязаный из грубой шерсти, кожаный. Хорош также резиновый мячик, покрытый пупыршками. Желательно, чтобы мячики были разного веса (самодельные можно набить ватой, песком, свинцовой дробью и т.п.).

Очень полезно эти мячики трогать, перебирать, подбрасывать, катать друг другу. И обязательно обсуждать, какой мячик: тяжелый, гладкий, шершавый, пушистый и т.п.

2. Сенсорная стимуляция ног

а) В первую очередь необходимо начать ходить босиком и дома, и на занятиях с педагогом. Во время игры на пути ребенка должны попадаться разные по фактуре поверхности: ковер, голый пол, резиновый массажный коврик, полиэтиленовая пленка, брошенная на пол ткань — все, что придет вам в голову. Это сильно обогатит палитру ощущений ребенка.

б) В пластмассовый тазик с плоским дном (или на лист фанеры, у которого по краям прибиты рейки-бортики) насыпать гречку и потоптаться по ней босыми ногами. На следующем занятии насыпать рис, фасоль, макароны — очень сильные ощущения.

в) Ножки полезно раскрашивать краской (лучше гуашью) или обмазывать глиной, рассматривать, обсуждать «свои» возможные ощущения при таком воздействии. То же самое можно делать и со всем остальным телом (спина, грудь), например, в ванной перед купанием.

г) Можно придумать историю про ножки и, рассказывая ее, пощипывать ножки, катать по ним шишку (еловую, кедровую, сосновую). С шишками вообще очень полезно играть: брать их в руки, засовывать ребенку за шиворот, за пазуху. Важно только, чтобы все эти игры проходили при обоюдном удовольствии и с точки зрения ребенка выглядели не как занятие, а были похожи на шалости.

3. Сенсорная стимуляция запахами

Если ребенок слабо реагирует на запахи, то начинать лучше с более сильных запахов (например, одеколona, лака для ногтей, уксуса и т.п.). Обязательно следите при этом за выражением лица ребенка: как только он среагировал на запах, сразу убирайте источник запаха и в зависимости от мимики ребенка прокомментируйте его ощущение.

Когда реакция на резкий запах появляется без задержки, переходите к более слабым и приятным запахам. Обязательно говорите ребенку, что именно так пахнет: мыло, восковая свечка, цветок и т.п.

Позже можно играть с запахами в «угадайку»: ребенок закрывает глаза, вы даете ему что-то понюхать, а он должен угадать, что именно нюхал (назвать или показать этот предмет). И т.п.

Нелекарственная стимуляция в системе коррекционных мероприятий является инструментом тонкого и дифференцированного воздействия на психическое развитие ребенка. В зависимости от индивидуальных особенностей ребенка, от его состояния в данный момент, такого рода воздействия могут оказывать как положительное, так и отрицательное влияние. Например, восприятие запахов может успокаивать ребенка, а может и возбуждать. Ритмические занятия, которые обычно помогают организовать поведение, у некоторых детей могут вызывать судорожные состояния.

Выбор конкретного вида стимуляции, ее интенсивности и направления воздействия не может быть случайным. Назначение к проведению необходимых занятий вырабатывается командой специалистов при обязательном участии невролога.

Важно не механически стимулировать развитие ребенка с помощью лекарств или массажа, а правильно организовать среду. И основное, чему надо учить мать, — это общение с ребенком, взаимодействие, организация среды.

Что мы вкладываем в понятие «организация среды»? Среда — это, в частности, то, что ребенок видит, слышит, ощущает.

Часто считают, что вокруг маленького ребенка необходимо поддерживать стерильную среду: нельзя пускать его на пол; надо давать ему только те игрушки, которые легко мыть; достаточно долго после его рождения нельзя принимать гостей и бывать с ним в гостях, чтобы «не заразить». Чем сильнее «болен» ребенок, тем большая стерильность и изоляция поддерживается в семье.

Подчеркнем: для младенца мир должен быть так же открыт, как и для взрослого, только еще более ярко и разнообразно. Особенно для ребенка с нарушениями развития. Необходимо, например, убедить родителей, что ощупывание рта (ротовое обследование) — естественный и важный этап познавательного развития ребенка. Общение и всевозможные впечатления — зрительные, слуховые, тактильные и т.п. — очень стимулируют развитие.

Рассмотрим подробнее отдельные аспекты организации среды.

а) В помещениях должно быть достаточно светло, при этом ребенок не должен жить только при электрическом свете. Часть жизни ребенка обязательно должна проходить при естественном освещении;

б) Звуковой аспект среды не менее важен. Полезно, чтобы около ребенка звучали разные голоса, а не только мамин, особенно для ребенка с проблемами. Если мама растит его одна — пусть ходит в гости или приглашает знакомых к себе. Это важно для развития слухового анализатора: живой голос человека больше побуждает ребенка вслушиваться, чем аудиозапись.

Необходимо петь ребенку, даже если у вас нет голоса и слуха. Это важный момент эмоционального взаимодействия мамы с ребенком. Хорошо, чтобы звучала разная подходящая музыка;

в) Для развития ребенка очень важны зрительные впечатления. Однако зрительный анализатор устроен так, что привычный предмет очень быстро перестает стимулировать рассматривание. Для того чтобы поддерживать зрительную активность, достаточно, например, развернуть или переместить кроватку, развернуть ребенка в кроватке, сменить картинку на стене, поменять расположение предметов;

г) Ребенок должен бывать на руках у разных людей, иначе могут возникнуть проблемы в установлении контакта с окружающим миром. При избыточной связи мать–ребенок (или не мать, а няня или бабушка) у него возникает чувство недостаточной защищенности в присутствии других людей и из-за этого плохо формируются социальные функции. В рамках этих рекомендаций мы не будем подробно обсуждать, какой процент времени ребенку полезно проводить на руках: это соотношение индивидуально для каждого ребенка. Важно помнить, что в любом случае наша задача — создать ситуацию развития;

д) Часто родители ограничивают передвижение ребенка по полу, опасаясь грязи и холода. Из-за этого слишком много времени (или даже все время) малыш вынужден проводить в манеже или кроватке. Для развития, формирования двигательных функций, последующего формирования речи и пространственных представлений крайне важно обеспечить ребенку возможность большую часть времени свободно ползать по всей квартире, имея доступ ко всем вещам, до которых он может достать. Опасные для него или ценные для родителей вещи должны быть изолированы так, чтобы у ребенка не возникало чувства, что для него есть недоступные места. Необходимо,

чтобы он мог вынуть вещи из ящика шкафа, достать и рассмотреть всё с полок, до которых смог дотянуться. Это обеспечивает естественную сенсорную стимуляцию, смену тактильных ощущений от разных поверхностей и фактур, многообразные впечатления. Свобода передвижения и возможность формирования представлений обо всем пространстве квартиры особенно важны для развития ребенка с проблемами. В то же время у ребенка дома обязательно должны быть ограниченные места (манеж, кровать и т.п.), в которых он проводит меньшую часть времени.

Отметим важность рельефа поверхности, по которой ползает ребенок. Полезно ползать не по ровной плоскости; хорошо накидать на пол подушки, валики от дивана и т.п. Ползание по такой поверхности может отчасти заменить ребенку занятия физкультурой;

е) Важен подбор, количество, расположение игрушек, а также разнообразие материала игрушек. Многие родители предпочитают резиновые и пластмассовые игрушки из-за того, что такие игрушки легче мыть (стерилизовать). Но игрушки должны быть из разных материалов: из дерева, ткани и др. Часто у ребенка слишком много или, наоборот, слишком мало игрушек одновременно. Если игрушек много — часто среди них есть одинаковые. Это неправильно. Игрушек должно быть не слишком много, они должны быть разными и регулярно меняться; для развития ребенка с проблемами особенно важно следить за количеством, разнообразием и сменой игрушек. Благополучно развивающийся ребенок в случае недостатка ощущений самостоятельно привлекает самые неожиданные предметы для игры; ребенок с проблемами, оказавшись в подобной ситуации, тоже может воспользоваться посторонним предметом, однако его действия скорее всего будут носить характер однообразных манипуляций;

ж) Ребенок должен быть включен в жизнь семьи, это еще один из важных аспектов организации среды. Если у ребенка имеются проблемы — задерживается и формирование самостоятельности, особенно в случае, если его кормят отдельно и т.п. и у него нет возможности наблюдать действия других детей и членов семьи за столом и во многих других ситуациях.

Двигательная стимуляция — система воздействий, направленных на активизацию и нормализацию двигательной сферы. Двигательная стимуляция, в отличие от сенсорной, гораздо более известна, в ее рамках разработано немало систем, в частности давно применяемая лечебная физкультура (ЛФК).

При работе с ребенком в основном может быть использован традиционный классический способ массажа и ЛФК, но обязательно, если это назначено врачом, с добавлением глазодвигательных упражнений на прослеживание и конвергенцию. Если в карте есть запись невропатолога о нарушении прослеживания или конвергенции, то работа над этими функциями входит у нас в задачи массажиста.

Важно отметить, что в структуре курса заметно увеличена доля активных упражнений относительно пассивных по сравнению с обычно принятым курсом массажа, особенно для детей в возрасте от рождения до года. При каждой возможности массажист побуждает ребенка самого сделать движение, вместо того чтобы пассивно лежать, пока двигают его ручкой, ножкой и т.п.

Лучшие результаты в моторном развитии ребенка достигаются при своевременной постановке диагноза и немедленном начале оказания всех видов помощи, в том числе специальных коррекционных занятий. При раннем начале занятий есть возможность предупредить формирование неправильных (дефектных) двигательных навыков.

Обращаясь в медицинские учреждения, родители детей, имеющих нарушения двигательного развития, обычно ожидают назначения ребенку двигательных занятий, которые будет проводить опытный специалист. Задача родителей при этом сводится к доставке ребенка на занятия. Такой подход к двигательной терапии малоэффективен.

Время коррекционных занятий составляет в лучшем случае 1/10 общей продолжительности двигательной активности ребенка. Если ребенок в оставшееся от занятий время двигается патологическим образом, используя свои ограниченные возможности, то эффект от двигательных занятий нивелируется. Таким образом, задачей терапевта является такая организация жизни ребенка, при которой время патологического функционирования уменьшается, а время опыта правильного движения увеличивается.

Задача состоит из трех основных частей:

1. Организация среды обитания ребенка, определяющей позу, уровень и характер сенсорных воздействий, формы коммуникации и уровень спонтанной двигательной активности.

2. Занятия, направленные на блокирование патологических форм активности и поощрение использования правильных движений.

3. Занятия, направленные на освоение новых двигательных возможностей.

Решение этих задач за время терапевтического курса, состоящего из ограниченных по времени сеансов, нереально и требует активного участия родителей. Таким образом, важной частью работы терапевта является обучение родителей. Практика показала, что простой инструктаж не дает желаемого результата. Поэтому приходится использовать целую систему взаимодействия терапевта с родителями, приводящую к вовлечению родителей в терапевтическую программу, что обеспечивает ее успешность.

Первым этапом работы почти всегда оказывается побуждение родителей к собственной терапевтической деятельности. Решение этой задачи начинается с преодоления многочисленных страхов родителей, ломки социальных стереотипов. Обычно родители боятся навредить ребенку неадекватными действиями, что связано с желанием в первую очередь обеспечить ему комфортное существование. В большинстве случаев основная социальная установка родителей — переложить ответственность за коррекционные занятия на терапевта. В этой ситуации задача терапевта состоит в поддержке навыков контакта родителей с ребенком, обучении их элементарным приемам обращения с малышом и демонстрации его потенциальных возможностей.

Первые же результаты такой работы, полученные путем несложной модификации стереотипов общения и ухода за ребенком, настолько очевидны для родителей, что, как правило, создают условия для их дальнейшей терапевтической активности. Формулируя несложные задачи для родителей (сначала они могут заключаться только в наблюдении за ребенком), а затем и поручая им понятные действия, терапевт формирует и постепенно расширяет зону терапевтической ответственности родителей по мере роста их уверенности в собственных возможностях. Терапевт должен вовлекать родителей в процесс принятия решений, обращаясь к их опыту и подчеркивая их значимую роль. Поскольку двигательная коррекция в основном должна происходить в рамках ухода за ребенком и игры, то задача терапевта сводится к обучению родителей необходимым навыкам. Большинство родителей активно эти навыки осваивают и используют в повседневной жизни.

Вторая важная часть коррекционной работы — организация решения собственно двигательных задач. Необходимо учитывать, что разные типы задач требуют и разного времени для их реализации. Дольше всего формируется мышечный объем и мышечная сила,

преодолеваются патологические позы и установки; меньше времени занимает формирование правильно координированных и содружественных движений; легче всего осваиваются двигательные навыки. Базовым этапом двигательной коррекции является совместный с родителями анализ и изменение среды обитания ребенка, которая должна быть адекватна актуальной двигательной задаче. Организация внешней среды возможна только при активном участии мотивированных родителей, так как зачастую требует от них пересмотра жизненных установок или изменения бытовых привычек.

Блокирование патологических поз и установок, в первую очередь, обеспечивается правильным положением ребенка в кроватке, на руках у родителей, приемами кормления, переноса, переодевания, купания и т.п. При этом необходимо выстраивать условия для адекватной коммуникации и игры. Задача терапевта сводится к формулированию задачи, обучению родителей и контролю.

При формировании правильного образа движения и содружественных движений необходимо обучить родителей приемам стимуляции соответствующих движений ребенка, а также навыкам контроля их адекватности. У родителей могут возникать различные трудности при освоении тех или иных движений. Необходимо поощрять в родителях желание и умение проанализировать вместе с терапевтом причины возникших проблем и найти пути для коррекции двигательной программы. Важно помнить, что родителям очень трудно самим оценить динамику развития двигательных навыков, так как этот процесс может быть очень медленным, а иногда и выглядеть как регресс на этапе, когда ребенок перестает использовать патологическое движение, а правильное еще не освоено. В некоторых случаях, наоборот, формирование на новом двигательном этапе патологически организованного движения расценивается родителями как значительный прогресс и закрепляется. Поэтому терапевт должен регулярно формулировать этапные критерии оценки эффективности и границы безопасности проводимой терапии.

Формирование двигательных навыков имеет определенную последовательность и основывается на базовых двигательных координациях. То есть двигательное развитие определяется последовательным включением и оттормаживанием целого ряда рефлекторных паттернов. При отсутствии физиологического рефлекторного обеспечения двигательные навыки не формируются, а вызывание движения на основе патологических рефлексов приводит к формированию пато-

логического движения, которое блокирует дальнейшее развитие и формирует патологический двигательный комплекс.

Зачастую родители стремятся сформировать у ребенка двигательные навыки, соответствующие, по их представлениям, его возрасту. Это обычно приводит к грубому искажению двигательного развития и образованию патологических движений, а иногда и деформаций скелета. При этом родители неэффективно используют время занятий, расходуют впустую энергоресурсы ребенка, которые и так ограничены, а самое главное — усугубляют имеющуюся патологию, которая потом трудно поддается коррекции. Поэтому задачей терапевта является настойчивое удержание родителей в рамках последовательного продвижения по двигательной программе.

Закрепление появившихся у ребенка двигательных навыков должно осуществляться постепенно: сначала изолированное вызывание самого движения, затем использование этого движения в специально организованных облегченных условиях и затем — формирование его практического применения. Перед родителями стоит задача как можно более частой инициации движения, организация игровых и бытовых ситуаций для облегченного и практического использования двигательного навыка. При этом необходимо помнить, что использование новых возможностей может вызывать у ребенка как радость, так и страх. Кроме того, пока новые движения не освоены в достаточной степени, они не очень эффективны. Поэтому возможно появление у ребенка тенденции избегать использования новых навыков и использовать более привычные для него патологические формы поведения.

Родителям важно поддерживать и поощрять ребенка в использовании освоенных образов движения, осознавать их необходимость, быть настойчивыми в отторгивании использования ребенком патологического двигательного стереотипа. Нужно учитывать, что многие двигательные навыки лучше всего закрепляются в элементах самообслуживания. Поэтому родители должны находить возможности их включения в бытовые ситуации, несмотря на то, что иногда это значительно усложняет уход за ребенком.

В нашем коррекционном центре в работу с семьей обычно включены несколько специалистов (врач, педагог, психолог и др.). Каждый специалист сначала составляет свое впечатление о проблемах ребенка. Затем очень полезным является общее, совместное с родителями, обсуждение, в процессе которого формируется программа

коррекции и распределяются роли в ее осуществлении. Ситуация обсуждения позволяет родителям ощутить поддержку специалистов, а также почувствовать себя активной и важной частью команды, работающей с ребенком. Практически эффективным оказалось разделение ролей специалистов в работе с семьей. Терапевт разрабатывает коррекционную программу и контролирует процесс ее реализации, педагог непосредственно занимается с ребенком и обучает родителей, а супервизор координирует взаимодействие с семьей и разрешает возникающие проблемы, а также обеспечивает изменение программы, если такая необходимость возникает.

Наша многолетняя практика показала, что вовлечение родителей в процесс коррекции двигательного развития ребенка раннего возраста определяет степень его успешности.

В основу программ по двигательной стимуляции положены законы развития моторной сферы у ребенка в норме (преодоление гравитации, приобретение устойчивости, равновесия, торможение врожденных тонических рефлексов, приобретение нормальных активных движений) и определенная последовательность появления этих движений, их автоматизация и координация.

Специалист, занимающийся двигательной стимуляцией ребенка, должен помнить, что:

— каждое сложное движение (переворот, дотягивание, ползание, хождение и т.д.) состоит из ряда более простых движений и формируется постепенно;

— каждую **новую позу** (сидение, стояние на четвереньках, стояние на ногах и т.п.) ребенок осваивает тоже постепенно и «приходит» в нее через освоение целой **серии движений**;

— существует **правильный способ** выполнения любого движения. В норме ребенок самостоятельно находит эти способы, при нарушении необходимо **обучать** ребенка каждому **правильному движению**. Если не сделать этого вовремя, у ребенка спонтанно формируются неправильные способы выполнения движения (патологические двигательные стереотипы);

— обучение правильным позам и движениям должно носить характер **приучения** (выработки привычки). Это возможно, если двигательные занятия проводятся не только в форме периодических тренировок или упражнений, но ведутся постоянно. «Тренинг» должен быть органично включен в повседневную жизнь ребенка, как бы «спрятан внутри». Для этого специалисты и родители должны по-

мнить о необходимости использования правильных поз и движений во время любых контактов с ребенком (игры, кормления, одевания и т.п.);

— помимо техники выполнения, за каждым движением должна стоять интересная ребенку **задача**: если ребенок будет видеть привлекательную цель, он постарается выполнить движение.

Таким образом, все двигательные задачи и упражнения должны органично включаться в повседневную жизнь мамы и ребенка, тогда ребенок будет осваивать новое движение не ради самого движения, а для того, чтобы расширить границы своих возможностей освоения окружающего мира.

Развитие базовых познавательных функций с помощью адаптивно-игровых занятий

А.А. Цыганок, А.В. Виноградова, И.С. Константинова

Пояснительная записка

Нейропсихологический подход к коррекции отклоняющегося развития

Нейропсихология занимает важное место в ряду дисциплин, обращенных к проблеме нормального и отклоняющегося онтогенеза. Нейропсихологический анализ опирается на представления о системной динамической локализации высших психических функций (А.Р. Лурия).

В настоящее время нейропсихология распространяется на новые практические области, включая помощь детям с трудностями обучения, с задержками психического развития, детям с генетическими заболеваниями, ДЦП, аутизмом, а также детям с тяжелыми и множественными нарушениями развития.

Опубликовано в сб. «Лечебно-педагогические программы». — М.: Теревинф, 2006.

В работе с детьми, имеющими нарушения развития, нейропсихологический метод позволяет выявить системную картину состояния всей психической сферы ребенка, оценить степень несформированности той или иной психической функции, выявить слабые и, что особенно важно, сохраненные звенья психических функций, возможности компенсации дефекта (Л.С. Цветкова, Т.В. Ахутина, А.В. Семенович, Н.Г. Манелис). Наиболее прогностически ценным в детской нейропсихологической диагностике является качественный анализ не отдельных психических процессов, а базисных «сквозных» механизмов высших психических функций¹ (ВПФ), без которых невозможно как развитие отдельных функций, так и выстраивание их взаимосвязей.

Специалист проводит обследование ребенка, выясняет состояние психической сферы (характер развития и уровни функционирования психических процессов, соответствие развития психической сферы биологическому возрасту), какие звенья высших психических функций развиты хорошо, сильно, а какие — более слабо, и за счет чего имеются трудности обучения. При этом применяются как традиционные методики диагностического характера (функциональные пробы, тесты), так и методы наблюдения, включающие анализ деятельности ребенка и наблюдение за ним во время различных занятий.

Общие принципы нейропсихологического подхода к работе с детьми

— Необходимо знать и учитывать логику нормального онтогенеза²: в патологии нет ничего, чего бы не было в норме.

¹ Понятие «высшие психические функции (ВПФ)» введено советским психологом Л.С. Выготским. К ВПФ относятся восприятие, память, мышление, внимание. При этом надо различать физический слух, зрение и т.д. (не являющиеся ВПФ) и активное восприятие, требующее от нас также и анализа получаемой информации, соотнесения ее с предыдущим опытом; также к ВПФ относится не любая память, а только произвольные ее формы, когда человек ставит себе задачу что-либо запомнить и в нужный момент воспроизвести, — для этого он использует специальные средства (мнемонические техники).

² Онтогенез — индивидуальное развитие человека, начиная с рождения. Психические функции в своем развитии проходят ряд обязательных последовательных этапов. При нарушениях развития ребенка происходит искажение прохождения этих этапов.

— Для профилактики дезадаптации важна более ранняя диагностика и коррекция базовых функций.

— У детей мозг находится в процессе формирования, поэтому патологические условия развития приводят у них к возрастной незрелости, несформированности, атипичному развитию, в то время как у взрослых при поражении аналогичных отделов нервной системы наблюдается распад, нарушение сложившейся функции.

— Недостаточно сформированные у дошкольников составляющие психической деятельности оказываются наиболее уязвимыми в условиях, требующих мобилизации психической активности в связи с адаптацией к новым требованиям (начало посещения дошкольного или школьного учреждения, смена ведущей деятельности).

— Выявление не актуального уровня знаний и умений, а соотношения базовых патогенных факторов и сохранных звеньев психической деятельности.

— В силу сложности своего строения психическая функция никогда не нарушается полностью, всегда остаются сохранные составляющие. Также никогда не нарушаются все функции одновременно. Поэтому коррекцию необходимо строить как реструктурирование нарушенной функции за счет опоры на сохранные звенья.

— Нужно учитывать социальные условия развития ребенка: особенности среды (сенсорно-обедненная или обогащенная), стиль воспитания, степень поощрения собственной инициативы ребенка в семье, востребованность той или иной функции.

Практика применения нейропсихологического подхода показывает, что он является адекватным и для анализа психического развития детей с тяжелыми нарушениями онтогенеза. Когда невозможно полное обследование ребенка, применяется направленное наблюдение за его поведением в свободной ситуации, игре. Для специалиста важны не столько актуальные умения и знания, которыми владеет ребенок, сколько его возможности, состояние психических функций, способы осуществления тех или иных операций. Необходимо исследовать зону ближайшего развития, учитывая возрастные особенности функционирования психики ребенка (Л.С. Выготский).

Важным моментом является также подробный анализ анамнестических данных. Со слов родителей специалист получает информацию об особенностях протекания беременности, о заболеваниях, перенесенных матерью в этот период и ребенком в раннем детстве, о

хронических заболеваний, которыми страдают члены семьи ребенка. Важно выяснить особенности раннего развития ребенка, последовательности и сроков появления основных двигательных и социальных навыков, речевого развития. Анамнестические данные дополняются результатами наблюдения психолога за ребенком: он оценивает уровень активности, стиль поведения, умения и интересы в настоящий момент.

Важно заметить, что, работая с ребенком с тяжелыми нарушениями развития, нельзя сделать вывод о состоянии ребенка после первой встречи. Ребенок может не продемонстрировать все свои возможности (в этом причина частых случаев гипердиагностики), с другой стороны, специалист может не увидеть всех существующих проблем. Необходимо провести несколько встреч для того, чтобы определить, что именно нарушено у ребенка. Неспособность ребенка выполнить предложенное задание может быть обусловлена разными причинами: например, возможно снижение общей активности, не позволяющее ребенку долго концентрироваться на задании, в другом случае страдает зрительное восприятие, и ребенок не может правильно опознать предлагаемые ему картинки и т.д. В каждом из этих случаев коррекционная работа будет строиться по-разному.

Поскольку при тяжелых нарушениях развития мозг изначально формируется в дефицитарных условиях, практически у всех таких детей страдают функции, связанные с левым полушарием, т.е. речь, произвольная регуляция деятельности. Во многих случаях эти нарушения носят вторичный характер по отношению к недостаточности функционирования стволово-подкорковых структур и правого полушария мозга¹ (А.В. Семенович). Таким образом, коррекционная работа начинается с воздействия именно на эти зоны мозга. В отличие от традиционных дефектологических подходов, использующих произвольное выполнение ребенком заданий, работа с детьми, имеющими тяжелые нарушения развития, предполагает акцент на непроизвольные виды деятельности — игру, движение и т.п.

На основании системного анализа полученных данных разрабатывается индивидуальная программа коррекционно-развивающе-

¹ Левое полушарие может страдать и первично — в результате образования кисты, кровоизлияния и других причин. Но при общем нарушении развития обязательно развивается вторичное нарушение функционирования левого полушария.

го обучения для конкретного ребенка. В зависимости от особенностей строения ВПФ определяются направления работы по развитию психических функций, обучению ребенка в условиях нарушенного развития.

Программа строится на основе представления о 3-х функциональных блоках мозга (согласно концепции А.Р. Лурии)¹. Для работы с каждым функциональным блоком подбираются соответствующие приемы и методы коррекции. Важное место отводится формированию межполушарного взаимодействия, необходимого для успешного протекания любого психического процесса.

Коррекционная работа с детьми с тяжелыми нарушениями развития начинается с формирования базовых систем: нормализации общей активности (повышения ее уровня активности, упорядочивания), развития эмоциональной сферы, движения и т.п. Развитие познавательных функций целесообразно начинать с работы на произвольном уровне.

Работа с ребенком, имеющим тяжелые нарушения развития, происходит в разных направлениях. Для развития каждого процесса ставятся определенные задачи, в решение которых включаются различные специалисты: игровые и арттерапевты, двигательные, музыкальные терапевты, массажисты и т.д. Помимо увеличения и упорядочивания общей активности ребенка, развития его взаимодействия с педагогом, на этих занятиях могут решаться задачи по развитию зрительного, слухового, тактильного восприятия, двигательной и опто-моторной координации, коррекции динамической (темповой) составляющей психической деятельности, формироваться представления о форме, количестве и т.д., что составляет основу для развития в дальнейшем речи, различных видов деятельности, произвольности.

В процессе реализации программы дети обязательно курируются неврологом и (или) психоневрологом. При этом врачебный контроль

¹ Для анализа механизмов протекания психических функций А.Р. Лурия выделяет 3 блока мозга. 1-й блок — энергетический — обеспечивает поддержание оптимального уровня бодрствования и тонуса, готовность к приему и переработке информации, контролю и коррекции деятельности. 2-й блок обеспечивает процесс приема, переработки и хранения информации. 3-й блок мозга обеспечивает процессы программирования, контроля и регуляции деятельности. Согласованная работа всех трех блоков мозга обеспечивает нормальное протекание психической деятельности человека.

осуществляется как путем направленного неврологического (психиатрического) обследования, так и в процессе наблюдения врачом за ребенком на занятиях. Врач вместе с педагогами, работающими с ребенком, определяет структуру нарушения психической сферы ребенка, участвует в составлении программы коррекционной работы. При необходимости он может назначить ребенку медикаментозную терапию, курс массажа, посещение бассейна, специальную диету (в некоторых случаях такие нагрузки ребенку противопоказаны, так как могут спровоцировать эпилептические приступы, соматические заболевания). По результатам врачебного контроля педагоги снижают или увеличивают ребенку нагрузку, заменяют занятия, требующие высокой произвольности, на менее произвольные виды деятельности (игровые занятия). Все это позволяет гибко корректировать индивидуальную программу для ребенка, не нарушая при этом целостность процесса.

Коррекционно-развивающая работа предполагает не тренировку определенных навыков, а формирование целостной функциональной системы, которая позволит ребенку самостоятельно овладеть различными умениями. Работа предполагает последовательное прохождение ряда этапов, соответствующих закономерностям развития каждой психической функции в онтогенезе. Время перехода к новому этапу зависит от индивидуальных особенностей ребенка, глубины нарушений. В некоторых случаях возможна отрицательная динамика развития (например, после тяжелой болезни, длительного перерыва в занятиях ребенок теряет приобретенные навыки) — тогда так же, как и на начальном этапе работы, необходимо еще раз вернуться к предшествующему хорошо освоенному этапу и повторно освоить незакрепившуюся деятельность.

Принципы построения коррекционной, развивающей работы с детьми

1. Основной принцип: **коррекция — это не обучение**, а формирование базовых психических процессов, необходимых для обучения, — зрительного восприятия, пространственных представлений, звуковосприятия и звуковоспроизведения, программирования и контроля, управления кинетическими и кинестетическими процессами и т.д. При своевременно начатой работе коррекция предшествует обучению, однако это бывает не всегда. В некоторых случаях от ребенка требуется усвоение навыков, к которым он еще не готов (например,

несмотря на существующие нарушения, он ходит в детский сад и должен осваивать общую программу), — тогда коррекция и обучение происходят одновременно, и специалист, ведущий коррекционно-развивающую работу, учитывает те требования, которые предъявляются ребенку в другом детском учреждении. Здесь важно установить контакт с воспитателями детского сада, объяснить им проблемы ребенка, вместе определить особенности работы с ним.

2. Базовые системы связаны не только с познавательной, но и с **личностной сферой** ребенка. Для успешного обучения необходимо создать систему мотивов, интересов и потребностей, что обеспечивает последующее усвоение знаний.

3. Перед началом коррекционной работы необходимо оценить, насколько уровень развития психических функций соответствует биологическому **возрасту ребенка**. Нельзя сформировать то, к чему еще не готовы мозг и организм в целом.

4. Постепенное введение новых видов деятельности. Ребенку легче осуществлять те виды деятельности, которые ему знакомы и доступны. Осваивать новое умение ребенку с нарушениями развития нелегко, это требует от него определенных усилий. Поэтому вводить новые задания и игры нужно постепенно. Иногда ребенок некоторое время не приступает к выполнению задания (не включается в новую игру), а наблюдает за педагогом и только после нескольких занятий решается сам осуществить какое-либо действие с помощью взрослого.

Развитие ребенка проходит ряд последовательных этапов. Каждая стадия развития создает предпосылки для нормального освоения последующего этапа. Поэтому, если у ребенка имеются проблемы в развитии речевых и познавательных функций, то чаще всего надо начинать работать не с этим уровнем, а создать предпосылки для его нормального формирования, т.е. работать с нижележащими, базовыми уровнями (уровень психической активности, эмоциональная, сенсорная, двигательная сферы). К сожалению, часто при речевых нарушениях ребенка сразу отдают на занятия к логопеду, ставят звуки и т.п., и эта работа не дает выраженного результата.

В работе мы неоднократно замечали, что эти трудности бывают связаны с, казалось бы, далекими от речи процессами. Например, ребенок плохо чувствует свое тело, недостаточно координирован в движении, и при этом его речь нечеткая, неплавная, с элементами дизар-

трии. Это пример того, как нарушение общей моторики может повлечь за собой слабость тонкой моторики, в частности артикуляционного аппарата. Таким образом, эффективная работа в данном случае предполагает начало занятий именно с развития крупной моторики.

Недостаточность пространственных представлений может приводить к трудностям координации, пространственным страхам (ребенок боится того, что он не видит — за спиной, за углом), трудностям формирования навыков самообслуживания (он не чувствует, как держать ложку, как одеваться) и т.д. В этом случае начинать работу нужно с формирования у ребенка представлений о пространстве, о собственном теле, и уже на этой основе возможно развитие необходимых навыков.

Также часто у детей отмечаются нарушения процесса интеграции отдельных психических функций в целостные функциональные системы. С этим связаны многие трудности в обучении. Поэтому на занятиях необходимо активизировать и связывать между собой разные сенсорные системы (зрительную, слуховую, тактильную) через эмоциональные переживания. Например, при изучении букв мы ощупываем буквы, сделанные из различных материалов, ходим по букве, нарисованной на полу, складываем их из частей, дорисовываем, раскрашиваем разными цветами, при этом занятия эмоционально насыщены, интересны ребенку.

Онтогенез познавательной сферы

Познавательная сфера ребенка начинает свое формирование с самых первых дней его жизни. Прежде всего, ребенок включен в домашнюю ситуацию, в которой он получает множество ощущений: его кормят, он ощущает разнообразные прикосновения к своему телу, видит людей и предметы, слышит разные бытовые, природные шумы и голоса.

Известно, что психическое развитие ребенка в разные возрастные периоды происходит неравномерно. Так, например, развитие двигательной сферы ребенка наиболее интенсивно происходит в возрасте до 1,5–2 лет: он учится манипулировать с предметами, управлять своим телом в пространстве (переворачивается со спины на живот и обратно, ползет, учится сидеть, стоять, ходить). Речевое развитие более активно происходит после 1,5 лет — ребенок накапливает словарь, осваивает фразовую речь, наступают периоды словотворчества, вопросов и т.д.

Для каждой психической функции существует сензитивный возраст, когда она наиболее усиленно развивается. Сформировавшись, каждая психическая функция становится основой для развития других психических функций.

Развитие познавательных функций в условиях различных коррекционных сред

Коррекционно-развивающие занятия

Для любого занятия важно установление доброжелательных отношений между ребенком и педагогом, заинтересованность обоих участников процессом. Это создает предпосылки к тому, чтобы ребенок активно наблюдал за действиями педагога, подражал ему и выполнял задания. Важный принцип работы — активное участие ребенка, создание мотивации для того, чтобы он начал осваивать новые виды деятельности, которые может выполнять пока только с помощью взрослого.

Занятия по сенсорному развитию. Недостаточное развитие чувствительности, ощущений собственного тела может проявляться в поведении по-разному. У одного ребенка дефицит ощущений приводит к инактивности, он не знает, как обращаться с собственным телом, каким образом можно, например, поменять положение, освободить затекшую ногу, выбраться из-под одеяла, достать игрушку и т.д. Со стороны это может выглядеть как нарушение двигательной сферы, часто таким детям ставят диагноз «детский церебральный паралич» и т.п. На самом деле истинно двигательных нарушений здесь нет.

В другом случае, наоборот, наблюдается повышенная активность: ребенок бегает по комнате, залезает на мебель, хватается за разные предметы и при этом не получает адекватного «ответа» на свои действия. Он может сильно удариться или схватить горячий предмет и, не заметив этого, не отреагировать адекватным образом (например, не отдергивает руку). Иногда реакция на боль у такого ребенка бывает сильно отсрочена. Не чувствуя боли, он не может предвосхитить опасные события и, таким образом, не учится, как обычный ребенок, что нельзя трогать горячее, хватать острый ножик и т.д. Он не соизмеряет свои движения с препятствиями на пути и постоянно ударяется, спотыкается, набивает шишки.

Часто недостаточная чувствительность приводит к «пространственным» страхам из-за неисследованности пространства (ребенок

не прослеживает, откуда появляется и куда исчезает тот или иной предмет, пугается неожиданных изменений).

Также у детей можно наблюдать и обратное нарушение — гиперчувствительность. В этом случае тоже изменяется поведение ребенка, он не знает, как двигаться, чтобы избежать неприятного прикосновения. Часто ему неприятна обычная одежда, которую другие дети просто не замечают (свитер кажется ему колючим, резинка сильно сдавливает тело и т.д.). Ребенок стремится снять одежду, не хочет одеваться, устраивает истерики. При этом окружающим кажется, что ребенок избалован, упрям.

Занятия по сенсорному развитию назначаются ребенку, недостаточно ощущающему свое тело, неадекватно реагирующему на раздражители (ребенок боится прикосновений, брезглив, не выносит попадания краски на руки, громких звуков и др.). Среди возможных результатов такой работы для познавательного развития важные следующие:

- активизация общего психического тонуса ребенка;
- поддержание тонуса у ребенка с повышенной истощаемостью в процессе познавательных занятий;
- установление эмоционального контакта ребенка с педагогом;
- развитие, дифференциация, нормализация чувствительности;
- освоение ребенком схемы тела;
- формирование представлений о собственном теле, его положении в пространстве;
- осознание себя через телесные ощущения.

Дополнительно могут ставиться и решаться такие задачи:

- развитие рисунка;
- развитие общей и тонкой моторики.

Игровая терапия. Игра — это наиболее естественная деятельность для ребенка дошкольного возраста. В игре ребенок знакомится с окружающим миром, осваивает новые умения. Все, что ребенок узнал в ходе своего познавательного развития, включается в его игру и многократно повторяется — в манипулятивных играх ребенок снова и снова повторяет новое понравившееся ему ощущение, позже он играет с новыми предметами и явлениями (промокнув под дождем, ребенок, вернувшийся с прогулки, будет некоторое время играть в дождик в ванной, другой, впервые увидев в небе самолет, «превращает» в самолетика свои старые игрушки, подходящие по форме, —

детали конструктора, карандаши); в ролевых играх более старшие дети проигрывают отношения взрослых, которые они наблюдают.

Один из критериев, согласно которому игра отделяется от других видов активности, — это добровольное участие в игре, свободное вхождение и выход из нее. Если в отношении взрослых игр с этим можно спорить (взрослые часто принимают участие в игре, чтобы наладить отношения с деловым партнером, не обидеть друга), то дети действительно играют только тогда, когда им этого хочется. При этом социальные роли участников игры могут сильно измениться: более старший ребенок может стать в игре «дочкой» и слушаться более младшую «маму»; если в игре участвует взрослый, то он может потерять свою роль «главного» и играть наравне с ребенком, а иногда и подчиняться ему.

В своем развитии игра проходит ряд стадий, превращаясь из манипулятивной в сюжетную и, еще более усложняясь, — в ролевою. Из индивидуальной игра постепенно становится совместной — ребенок сначала осваивает окружающий его материальный мир, постигает его закономерности и на определенном этапе вовлекается во взаимодействие со сверстниками и взрослыми. В школьном возрасте игровая деятельность сменяется учебной, но ребенка, а позднее и взрослого, продолжают интересовать различные игры с правилами (например, игры в лото, домино, шахматы, карты и др.).

В процессе сюжетной игры при наличии хорошего контакта с педагогом ребенок с удовольствием взаимодействует с ним, принимает сюжет, правила. Таким образом, у ребенка появляется мотивация для того, чтобы преодолеть свои импульсивные действия, сделать над собой усилие (дождаться своей очереди в ролевой игре, своего хода в настольных играх). Для того чтобы участники игрового процесса понимали друг друга, они вводят новые слова, которые включаются в контекст игры, усваиваются ребенком, а потом распространяются на другие ситуации. Происходит формирование таких понятий, как цвет, форма, размер, вводятся координаты пространства (сверху/снизу, справа/слева). Позднее для общения с партнером по игре могут понадобиться предлоги («мячик лежит за шкафом», «собачка сидит под крыльчком» и т.д.), логико-грамматические конструкции («кукла везет кошку на машине»). По мере развития игры у ребенка развиваются и пространственные представления, функции программирования и контроля за деятельностью. В игре ребенок учится совершать ранее недоступные ему действия, приобретает но-

вые навыки (в том числе бытовые), усваивает разнообразные образцы поведения.

Педагог управляет процессом игры, развитием сюжета, учитывая уровень развития и актуальные знания ребенка. Например, играя в машинку, один ребенок может катать ее педагогу и ловить, когда она катится обратно. Цель такого занятия — развитие произвольного внимания (надо сконцентрировать его на машинке и удерживать некоторое время, пока продолжается игра), усвоение пространственных характеристик «далеко/близко». Другой ребенок берет несколько машин и развозит их по гаражам, следит, чтобы каждая машина попала в гараж такого же цвета и чтобы ехали они не просто так, а по очереди. На одном из последних этапов работы ребенок с педагогом строит целую улицу, расставляет дома, вешает на каждый дом его номер и возит машины по заданному маршруту, причем каждая машина везет груз по определенному адресу.

Такая игра требует от ребенка хорошего функционирования сразу нескольких разных процессов: произвольного внимания, ориентировки в созданном им пространстве, серийной организации процесса, моторной и зрительно-моторной координации, способности совершать сложные действия двумя руками и др. Более старшие дети с удовольствием осваивают настольные игры, такие как «Memory» или «Монополия» — долгое время удерживают внимание на игре, ждут своего хода, соотносят свои действия с игровой ситуацией и действиями партнера.

В процессе совместной игры педагог может решать различные развивающие задачи, не давая ребенку заданий, а предлагая ему ввести в игру новый элемент, особым образом организует поле деятельности, обращает внимание ребенка на те или иные характеристики игрушек и окружающего пространства.

Лечебная физкультура. Занятия ЛФК направлены на расширение двигательных возможностей ребенка, развитие общей координации, коррекцию моторных нарушений (парезов, нарушений осанки), снятие мышечных зажимов.

Одной из целей занятий физкультурой является развитие у ребенка способности произвольно выполнять различные двигательные задания. Поэтому здесь взаимоотношения ребенка и педагога должны быть построены иначе, чем на игровых занятиях. Если сначала эти задания предлагаются ребенку в игре: «быстро убегаем от волка»,

«перелезаем через гору» и др., то на определенном этапе инструктор ЛФК начинает требовать от ребенка произвольного их выполнения: «пройди по скамейке и брось мяч в корзину», «быстро пробегги до стены и обратно», появляются эстафеты, «полосы препятствий». Занятия могут проводиться индивидуально и в группе.

Сначала занятие может представлять собой свободную игру в физкультурном зале с использованием спортивного снаряжения. Педагог показывает ребенку, что можно делать с мячами, кеглями, гимнастическими палками; старается заинтересовать его разными упражнениями. Постепенно все больше времени на занятии занимают упражнения, которые дети выполняют вместе или по очереди, самостоятельно или с помощью. Степень такой помощи зависит от состояния ребенка: кого-то надо вести за руку от одного снаряда к другому, руководить каждым действием, что-то делать руками ребенка; другому достаточно напоминать, когда перейти к следующему упражнению.

В результате курса занятий по двигательной терапии решаются такие задачи, важные для познавательного развития:

- освоение пространства помещения;
- освоение ребенком собственного тела;
- выполнение ребенком ряда последовательных движений;
- развитие зрительно-моторной координации;
- формирование взаимодействия рук, ног, реципрокной координации движений;
- развитие слухового внимания, умения действовать по инструкции;
- развитие способности удержать и выполнить одну или несколько инструкций.

Развитие предметно-практической деятельности. Предметно-практическая деятельность — наиболее естественный способ взаимодействия с миром для ребенка младшего дошкольного возраста. Через действия с предметами ребенок, не способный еще к абстрактно-логическому мышлению, познает закономерности окружающей его реальности. Сначала ребенок осваивает простые манипуляции с игрушками, учится брать их в руки, исследует их поверхность, форму. Позже у него появляется понимание того, зачем нужен тот или иной предмет: погремушка издает звук, ложкой едят и т.д. Потом ребенок осваивает простые действия со знакомыми предметами — вы-

нимает игрушку из коробки и прячет ее обратно, строит башню из кубиков. Все это необходимо для развития как двигательной сферы, так и интеллекта ребенка.

Дети с различными нарушениями развития часто не достигают этапа предметно-практической деятельности, их долгое время удовлетворяют простые манипуляции с предметами, сенсорные ощущения. Некоторые дети пропускают этот этап, переходя сразу к более сложным формам деятельности (например, осваивают счетные операции), которые, однако, выполняются ребенком только формально — некоторые дети перемножают большие числа, другие увлекаются переводом числа из десятичной системы счисления в восьмеричную, но при этом не могут поставить на стол нужное количество тарелок, чтобы хватило всем, кто пришел обедать. В обоих случаях ребенку требуются специальные занятия по развитию предметно-практической деятельности, так как только на этой основе возможно дальнейшее развитие познавательной сферы.

Занятия (индивидуальные или групповые) направлены на решение следующих задач:

- привлечение внимания ребенка к определенному виду деятельности;

- формирование мотивации к работе и достижению значимого результата;

- формирование произвольного внимания;

- формирование представления о результате деятельности;

- развитие способности последовательного выполнения нескольких действий;

- развитие самостоятельного планирования деятельности;

- формирование контроля за результатом деятельности;

- формирование простейших математических представлений («один/много», «большой/маленький», «больше/меньше»);

- знакомство с основными цветами, простейшими формами;

- формирование способности зрительного соотнесения формы, размера, цвета;

- формирование пространственных представлений;

- развитие способности в процессе работы переключаться на следующее действие, т.е. серийной организации действий;

- развитие чувствительности рук;

- развитие тонкой моторики;

- формирование графических навыков;

- стимуляция собственной речи ребенка;
- формирование коммуникативных навыков, умения просить помощи, пользоваться предлагаемой помощью, подсказкой

Музыкальные занятия. Музыкальные занятия — один из самых эмоционально насыщенных видов работы. Очень многие дети с нарушениями развития интересуются миром звуком больше, чем другими ощущениями. Ребенка захватывают музыка, любимые песни и сам процесс занятия, на котором разные звуки сопровождают разнообразные упражнения и игры. Смена звукового оформления делает более заметной и понятной смену видов работы — ходьба под музыку, игра на инструментах, пение, танцы и др. Благодаря этому на музыкальных занятиях уже с первых этапов удается ввести четкий повторяющийся ритуал — правила, которые дети выполняют легко и с удовольствием.

Структура занятия предлагается сразу и на первых этапах работы остается постоянной: песни и танцы могут меняться (по мере их освоения детьми и постановки новых терапевтических задач), но последовательность видов работы сохраняется. Когда дети привыкают к этой структуре, у них появляются любимые задания и упражнения, появляется возможность менять их последовательность.

Как правило, начинается занятие с приветствия, после которого следуют музыкальные игры с движением, песни, игра на музыкальных инструментах; заканчивается занятие общим танцем и прощанием. Каждый вид работы может быть представлен заданиями разной сложности, наиболее адекватными для данной группы детей. Например, двигательным заданием может быть ходьба по залу под музыку (каждого ребенка держит за руку педагог, который помогает ему вовремя остановиться, когда прекращает звучать музыка, и возобновить движение, когда музыка опять начинает звучать, — простой вариант); на заключительных этапах работы дети самостоятельно повторяют сложные ритмичные движения, показанные педагогом.

Индивидуальное занятие может более гибко изменять свою структуру в зависимости от актуальных задач, успехов ребенка, его интересов. Здесь у музыкального терапевта больше возможностей для учета индивидуальных особенностей, предпочтений и потребностей каждого ребенка, подбора полезных именно ему упражнений для развития определенных процессов. Ребенку подбираются музыкальные инструменты, которые ему нравятся больше других и игра на ко-

торых направлена на решение актуальных задач (например, развитие тонкой моторики или взаимодействия рук). Песни и танцы, которые используются на занятии, может выбирать как специалист, так и сам ребенок.

На музыкальных занятиях решаются следующие задачи:

а) развитие слуховой сферы:

- развитие слухового внимания;
- обучение различению неречевых звуков;
- обучение выделению музыкальных звуков из других шумов;
- обучение локализации звука в пространстве;
- обучение определению источника звука;
- развитие чувства ритма;
- привлечение внимания к разным характеристикам звука:

длительности, громкости, высоте;

— развитие представлений о темпе музыкального произведения и деятельности ребенка;

б) развитие речи:

- стимуляция речевой активности;
- преодоление гиперконтроля за речью у неговорящих детей, переключение внимания ребенка с процесса речи на общее действие;
- развитие речевого и певческого дыхания;

— работа с речевой интонацией;

в) развитие двигательной сферы:

- развитие ритмичности движений;
- формирование темповых характеристик движений;
- развитие координации движений, общей и мелкой моторики;
- развитие произвольных движений;
- формирование у ребенка внутреннего контроля за своими действиями;

— обучение управлению своим телом;

г) развитие пространственных представлений, ориентировки в пространстве: формирование координатных представлений, представлений о направлении движения (вперед/назад, вправо/влево, по кругу и т.д.);

д) развитие эмоционально-волевой сферы:

- эмоциональное вовлечение ребенка в процесс занятия;
- установление контакта;
- снижение тревожности;
- дифференциация эмоций.

Создание условий развития ребенка вне занятий

Развитие ребенка происходит постоянно. Понятно, что активной работы один или два раза в неделю для получения результата недостаточно. Поэтому очень важно обсудить с родителями, как решать поставленные педагогами задачи в домашней жизни.

На начальных этапах работы с ребенком основная рекомендация — организация времени ребенка в течение дня. Должен быть установлен режим, учитывающий постоянные, обязательные события (такие как сон, еда, прогулка) и те, которые происходят не каждый день (прием гостей, поездка на занятия и др.). Предсказуемость окружающего мира помогает ребенку строить свое поведение, соотносить его с обстоятельствами жизни. Если ребенку трудно самому разобраться в событиях (он не знает, что делает, например, каждый день после ужина), с ним полезно регулярно обсуждать, что происходило сегодня, что будет завтра, что понравилось, запомнилось из событий прошедшего дня. Многим детям помогают карточки с изображениями действий и событий, последовательность которых служит наглядным расписанием дня.

Понятным для ребенка должно быть и пространство. Во-первых, важно, чтобы пространство было зонировано, т.е. в каждом месте занимаются определенным делом (на кухне готовят и едят, в ванной моются и играют с водой и т.д.). Даже в небольшой квартире можно устроить ребенку уголок, где он может играть, место для занятий и т.д. Во-вторых, вещи, с которыми он имеет дело, как правило, занимают определенное, постоянное, место, чтобы ребенок всегда мог найти свои игрушки в одной и той же коробке, одежду — на своей полке и т.д. Тогда позднее он сможет сам убрать их на место — появится возможность давать ему поручения, а потом закрепить за ребенком и какую-нибудь обязанность (убирать свои игрушки, накрывать на стол и др.).

Один из важных принципов организации жизни — активность ребенка. И дома, и на занятиях со специалистами ему предлагаются такие виды деятельности, которые он может выполнить сам или с помощью взрослого. Эта деятельность нравится ребенку, он видит ее результат и стремится снова и снова его достичь, почувствовать свои возможности. Если специалисты на занятиях предлагают ребенку игры, которые впоследствии сменяются учебными заданиями, то дома родители активно привлекают его к обычной домашней работе. У ребенка появляется определенное дело, которое он выполняет всегда сам

(поливает цветы, помогает мешать салат, стирать и т.д.), что позволяет ему почувствовать свою важность, роль в семье. Осознание такой роли, в свою очередь, ведет к увеличению активности ребенка, стремлению еще больше помогать родителям. Все успехи ребенка обязательно поощряются, вид такого поощрения выбирают родители исходя из особенностей ребенка, можно обсудить эту тему со специалистом.

Кроме того, родители выполняют рекомендации специалистов, которые работают с ребенком, знают его особенности. Когда на занятиях происходят какие-то положительные изменения (ребенок научился взаимодействовать с педагогом, освоил новую игру или действие и т.д.), часть работы, проводимой на занятиях, передается родителям, чтобы они дома так же играли и занимались с ребенком.

В свою очередь, родители сами могут дать специалистам много полезных сведений о том, что любит делать ребенок, что у него особенно хорошо получается, а чего он боится.

В результате согласованной работы специалистов разного профиля и родителей в состоянии ребенка происходят существенные изменения.

4. Цели курса

1. Коррекция нарушенного и искаженного развития познавательной сферы ребенка.

2. Адаптация ребенка в коллективе сверстников.

3. Подготовка ребенка с тяжелыми нарушениями психического развития к организованным занятиям с разными специалистами — дефектологом, инструктором ЛФК и др.

4. Подготовка ребенка с тяжелыми нарушениями психического развития к обучению в специализированном дошкольном и школьном учреждении.

5. Задачи курса

1. Психолого-педагогическая диагностика:

— выявление уровня несформированности психических процессов, определение компенсаторных возможностей;

— определение состояния базисных психических процессов;

— определение соотношения уровня развития психических процессов с возрастными нормативами;

— выявление готовности к переходу на следующий уровень коррекции (от индивидуальных к групповым), к посещению других дошкольных учреждений.

2. Разработка программы коррекции.

3. Коррекционная работа:

— создание среды, способствующей активизации познавательной деятельности ребенка;

— развитие познавательной мотивации у детей с тяжелыми нарушениями психического развития;

— развитие базовых психических функций (общей психической активности, восприятия, памяти, внимания, мышления, регуляции поведения);

— компенсация нарушенных функций за счет сохранных звеньев;

— развитие взаимодействия психических процессов.

4. Консультирование родителей:

— помощь родителям в выстраивании эффективного взаимодействия с ребенком, обучение родителей методам занятий с ребенком дома;

— поиск, определение, поддержание и развитие уже существующего эффективного взаимодействия с ребенком в семье.

6. Общие сведения о группе

Программа предназначена для детей с нарушениями развития, в том числе тяжелыми, в возрасте от 4 до 14 лет. Такой широкий возрастной диапазон применения программы обусловлен тем, что при диагностике состояния познавательной сферы у ребенка с патологией развития часто выявляется несоответствие между его психическим развитием и биологическим возрастом.

Таким образом, можно применять одинаковые методы для развития познавательной сферы как у детей младшего дошкольного возраста, так и у более старших. При этом необходимо учитывать, что конкретное наполнение (развивающие методики и материалы) зависит как от реального возраста ребенка, так и от его интересов и мотивации.

Программа может быть предназначена для детей со следующими нарушениями развития:

— задержка развития;

— легкая или умеренная умственная отсталость;

— глубокая умственная отсталость, во многих случаях обусловленная генетическими нарушениями и врожденными аномалиями развития, такими, как синдром Дауна, микроцефалия, синдром Рубинштейна–Тейби, синдром Вильямса, ломкая X-хромосома и др. Умственная отсталость часто сочетается с эмоциональными проблемами и расстройствами поведения (неврозоподобные реакции, расторможенность и т.п.), а также двигательными нарушениями;

— детский аутизм, атипичный аутизм, синдром Ретта, детская шизофрения, синдром Аспергера и т.п.;

— специфические расстройства моторной функции;

— органические поражения центральной нервной системы, в том числе гидроцефалия, детский церебральный паралич и т.п.

— различные формы эпилепсии, а также синдромы, в состав которых входят эпилептические проявления (туберозный склероз; синдром Ландау–Клефнера и т.д.);

— смешанные специфические расстройства психологического развития;

— множественные нарушения развития (сочетание двух и более нарушений). Например, у ребенка одновременно может диагностироваться нарушение зрения, ДЦП и ранний детский аутизм;

— специфические расстройства развития учебных навыков, вызывающие школьную и социальную дезадаптацию.

Специалисты, реализующие программу

Занятия являются комплексными и проводятся командой специалистов. Основную роль в процессе коррекции играют психолог и дефектолог. На разных этапах работы в программу включаются занятия с игровым, музыкальным, арттерапевтом, инструктором ЛФК, логопедом, посещение детской игровой группы, группы общения. Результаты работы регулярно обсуждаются специалистами на собраниях (педсоветах), в программу вносятся коррективы — добавление или исключение определенного вида занятий, изменение содержания проводимых занятий в зависимости от состояния ребенка на данный момент.

Ожидаемые результаты занятий

В результате коррекционно-развивающей работы у ребенка поддерживается оптимальный уровень активности, он учится регулировать

свое поведение, концентрировать внимание на предложенной ему взрослым деятельности (игре, задании). Специалисты добиваются положительной динамики в развитии моторной, сенсорной, мнестической сфер, речи.

Достижение этих целей делает возможным переход ребенка на новый уровень развития, что предполагает готовность его к элементарной целенаправленной учебной деятельности. Только теперь ребенок становится способен к организованным занятиям с дефектологом, логопедом, возможна традиционная нейропсихологическая коррекция.

Способы оценки результативности работы

В работе с детьми, имеющими тяжелые нарушения развития, используется качественный анализ нарушений и происходящей динамики. Так, например, для специалиста не столько важно количество освоенных ребенком слов, сколько его умение использовать речь для общения и регуляции своего поведения. Также мы отмечаем, не «сколько минут ребенок не убегает из комнаты, где происходит занятие», а «насколько он включен в деятельность». Это может быть несколько секунд активного взаимодействия с педагогом, и они важнее, чем полчаса пассивного наблюдения.

Выводы о происходящей динамике можно сделать следующими способами:

1. Сравнительный анализ первичной и повторной диагностики. Результат фиксируется в карте динамического наблюдения ребенка каждые три месяца (трижды за учебный год). Анализ доступных ребенку видов деятельности, особенностей двигательной, сенсорной и эмоциональной сферы, пассивного и активного словаря, понимания обращенной речи.

2. Наблюдение за поведением и деятельностью ребенка в свободной ситуации и на занятии: устойчивость к психическим нагрузкам, время сосредоточения на предлагаемой деятельности, соотношение целенаправленной и хаотичной активности, скорость усвоения нового материала и приобретения навыков.

3. Отзывы родителей и специалистов об изменениях в поведении и деятельности ребенка.

Краткое содержание курса

Диагностика состояния психической сферы ребенка

Первым этапом занятий с ребенком является диагностика состояния ВПФ, которая обычно в работе с детьми, имеющими негрубые нарушения, проводится по стандартной методике обследования, разработанной в лаборатории А.Р. Лурия. В работе с детьми с легкими нарушениями развития также используются модификации методики, разработанные Т.В. Ахутиной, Л.С. Цветковой, А.В. Семенович специально для детского возраста (альбомы).

В случае тяжелых нарушений развития даже адаптированные методики оказываются недоступными для ребенка (он не может сконцентрировать внимание, не владеет речью, имеет грубые моторные нарушения, нарушения произвольности и мотивации), тогда специалист наблюдает за поведением ребенка, делает выводы о состоянии эмоционально-волевой сферы (возможность установления контакта, эмоциональная ригидность или лабильность, состояние общей активности: гипо- или гиперактивность), двигательной сферы ребенка (крупная и тонкая моторика, координация движения, опто-моторная координация, мануальные предпочтения), общий темп деятельности. Необходимо также обращать внимание на состояние зрительной, слуховой и тактильной сферы (первичные сенсорные нарушения, симптомы игнорирования, гипо- и гиперсензитивности).

Если ребенок вступает во взаимодействие, возможно наблюдение за его поведением в совместной игре, в процессе взаимодействия с родителями и с незнакомыми взрослыми. Здесь специалист оценивает способность соблюдать правила, поддерживать и развивать сюжет игры, понимание ребенком речи, его собственную активную речь, выполнение инструкций. Вводя в игру разные элементы, можно оценить и такие способности, как различение и соотнесение цветов, опознавание реальных предметов, игрушек и картинок, понимание предложных, логико-грамматических конструкций. Например, ребенку, заинтересованному игрой, предлагается добавить к уже имеющимся игрушкам новую, и дается подсказка: «У нас есть еще машинки, одна стоит под столом, а другая — на окошке, принеси, будем катать их с горки». Здесь можно оценить, с одной стороны, понимание ребенком предлогов «на» и «под», слов «стол», «окошко»,

«машинки» и, с другой стороны, способность понять и удержать инструкцию, т.е. импрессивную речь и слухо-речевую память.

В зависимости от возможностей ребенка ему дополнительно могут предлагаться отдельные задания из нейропсихологической батареи методик. Также могут использоваться другие задания для исследования познавательной сферы: разрезные картинки, конструктор, сортировка, классификация, доски Сегена и т.д. Чем сложнее картина нарушений у ребенка, тем меньше процедура диагностики будет напоминать стандартное обследование, при котором ребенок долгое время сидит за столом и выполняет задания. Значительную часть обследования будет занимать игра, которой должно предшествовать наблюдение за ребенком, оценка его предпочтений и интересов, выбор психологом интересной для данного ребенка игры.

Результатом диагностики является заключение, в котором отражается структура развития психической сферы ребенка: соотношение развития базовых и высших психических функций, характер и глубина нарушений, а также наличие сохранных звеньев функциональных систем. Важно отразить состояние эмоционально-личностной сферы ребенка. Необходимо оценить, насколько уровень развития этих психических функций соответствует возрасту ребенка.

В соответствии с выявленной картиной состояния психических процессов разрабатывается индивидуальная программа комплексной психолого-педагогической коррекции, осуществляемая междисциплинарной командой специалистов — психологом, дефектологом и др.

Коррекционная работа с детьми с тяжелыми нарушениями развития

Коррекционная работа начинается с установления с ребенком эмоционального контакта, выяснения его интересов, наличия сверхценных интересов, уровня мотивации, толерантности к психическим нагрузкам, времени, в течение которого ребенок может активно участвовать в занятии. На это может уйти длительное время, у специалиста может сложиться впечатление, что он не выполняет конкретных коррекционных задач. Тем не менее без этого этапа дальнейшая коррекционная работа невозможна или крайне неэффективна.

Очень важно учитывать особенности сенсорной сферы ребенка, например избегать тех стимулов, к которым он гиперсензитивен, постепенно и аккуратно повышать устойчивость к ним.

Эффективность занятия также зависит от активности самого ребенка, выполняет ли он сам необходимые операции и действия или пассивно подчиняется воздействию педагога. Так, например, игровые занятия ЛФК, где ребенок эмоционально переживает происходящее, оказываются намного эффективнее традиционного массажа.

Необходимо учитывать, что с теми видами деятельности, которые ребенку знакомы и доступны, работать легче — ребенок не боится, что у него не получится выполнить задание (просьбу, предложение) педагога, при этом есть возможность усложнять и видоизменять уже освоенное ребенком действие. Новые виды деятельности надо вводить постепенно, давая ребенку возможность понять, заинтересоваться и научиться выполнять задание, освоить игру.

С ребенком работает команда, включающая разных специалистов (психолог, дефектолог, инструктор ЛФК и др., — это зависит от поставленных задач). При этом каждый специалист решает общие задачи своими методами. Например, работая над пространственными представлениями, инструктор ЛФК может располагать предметы в физкультурном зале таким образом, чтобы ребенок максимально осваивал все пространство, музыкальный терапевт будет предлагать ему разные танцевальные движения, во время игры можно учиться пониманию предлогов и прятать игрушки в шкаф, под стол и т.д.

Развитие функций первого функционального блока мозга

Первый — энергетический — функциональный блок мозга обеспечивает оптимальный уровень тонуса нервной системы, поддержание необходимого состояния бодрствования. Только при его полноценной работе возможна нормальная активность ребенка. Нарушения в работе первого блока мозга могут проявляться в снижении уровня психической активности, быстрой истощаемости ребенка, колебаниях внимания — эти симптомы не позволяют ребенку осуществлять ту или иную деятельность, играть, выполнять задания.

Часто одним из симптомов нарушения этого функционального блока у детей является снижение общей активности — они пассивны, не интересуются окружающим, снижен объем двигательной и познавательной активности. В этом случае необходима стимуляция активности через сенсорную (зрительную, слуховую, тактильную), эмоциональную и двигательную сферы. Ребенку предлагаются различные игры, включающие ритмичные движения с обязательным эмоциональным подкреплением — игра часто содержит момент куль-

минации. Например, в игре «ехали мы, ехали...» ребенок сидит на коленях у взрослого, который раскачивает его под ритм стихотворения и в конце «роняет», но в последний момент подхватывает и не дает упасть — при этом ребенок испытывает сильную эмоцию, которая подхватывается педагогом (возможна выразительная мимика, восклицание: «Ой, страшно!» и др.). Если ребенок маленький, педагог может взять его на руки и покружить или слегка подбросить и поймать. Более старших детей могут качать два педагога. Если ребенок любит музыку, звучащие игрушки, ему будут полезны музыкальные занятия, на которых движение гармонично сочетается со звуком, причем он может сам уловить ритм звучащей мелодии и отразить его в собственном движении (танец). Также можно качать ребенка на качелях, в гамаке или в одеяле, рекомендовать родителям гулять на детских площадках, где есть карусель. Необходимо отметить, что детям с эписиндромом такие игры противопоказаны, так как могут спровоцировать судорожный приступ, поэтому в работе с такими детьми особенно важен врачебный контроль за процессом коррекции.

Для этих же целей используется массаж, ароматерапия, водные процедуры (здесь особенно необходим врачебный контроль), можно рекомендовать ребенку занятия иппотерапией. По мере роста активности ребенка ему можно предлагать не отдельные сенсорные ощущения, а включать их в более сложный игровой контекст.

Для таких занятий подходят игры, в которые обычно играют с маленьким ребенком (потешки, стихи, сопровождаемые действиями). Важным приемом является использование упражнений, в которых от ребенка требуется удержания определенного ритма, например ходьба под музыку в определенном темпе, отстукивание ритма песни на барабане. Когда ребенок может удерживать один ритм, вводятся задания на смену ритма — ребенок учится улавливать меняющийся ритм и действовать соответственно.

В работе используются также приемы, изложенные в программе комплексной психомоторной коррекции А.В. Семенович, дополнительно используются упражнения по формированию правильного дыхания из методик по работе с больными бронхиальной астмой (С.М. Иванов, Е.В. Щадилов).

Занятия по игровой, музыкальной и арттерапии также направлены на повышение энергетического фона ребенка, формирование мотивации к занятиям, взаимодействию с педагогом.

Развитие функций второго функционального блока мозга

Второй функциональный блок мозга — блок приема, переработки и хранения информации. Работа соответствующих анализаторных систем позволяет нам видеть, слышать, а также запоминать и воспроизводить эту информацию, сопоставлять ее с предыдущим опытом.

Развитие восприятия

Развитие зрительного восприятия. При нарушении зрительного гнозиса¹ ребенок плохо опознает картинки или даже реальные предметы. В случаях выраженных нарушений он не узнает знакомые игрушки, предметы домашнего обихода. Также возможны серьезные трудности при опознавании лиц знакомых людей. При менее тяжелых нарушениях слабость восприятия не оказывает серьезного влияния на поведение ребенка, но проявляется в некоторых ситуациях, например при игре в лото. Работа начинается с того уровня, на котором ребенок успешно справляется с предлагаемыми ему заданиями, играми.

1. Опознавание реальных предметов. На первом этапе работа ведется с использованием реальных предметов, если ребенок испытывает трудности при их опознавании. Трудности зрительного восприятия компенсируются за счет других анализаторов — игрушки ощупываются, оценивается их форма, фактура поверхности. Если используются знакомые продукты, возникает опора на их запах и вкус. С ребенком обсуждают (или рассказывают ему), на что похож предмет, какого он цвета. Научившись зрительно опознавать предметы, ребенок постепенно овладевает способностью находить предмет среди других, а также узнавать его по его фрагменту, собирать его из частей и т.д. Например, можно собрать яблоко, огурец из двух половинок, приставить к игрушечной машине колеса и т.д.

2. Опознавание реалистических изображений. На следующем этапе ребенок учится устанавливать соответствие между предметом и его изображением. Сначала можно использовать фотографии или

¹ Зрительный гнозис — сложная психическая функция, позволяющая опознавать полученную зрительную информацию. При его нарушении человек не понимает, что видит, не может назвать предмет, определить, для чего он нужен. В случаях менее выраженных нарушений оказывается затруднено только опознавание сложных видов информации — например картинок. При этом острота зрения, как правило, сохранна. Также выделяют слуховой и тактильный гнозис.

четкие рисунки знакомых предметов. Здесь цвет, форма изображения максимально отражают реальность. Лучше, если на фотографии изображен только один предмет. Позднее количество изображенных предметов увеличивается, ребенок выполняет задания, требующие анализа сюжетной картинки (описать сюжет, найти различия, найти определенный предмет среди других и др.).

Важное место в коррекции занимают игры в лото, которые можно организовать по-разному в зависимости от поставленных задач. Так, ребенок может искать на своей большой карте картинку, которую показывает педагог, — при этом он может еще не понимать, что именно он ищет, а ориентироваться на какие-то наиболее яркие признаки изображенного предмета (цвет, форма). При другом варианте игры педагог не показывает ребенку карточку, а называет предмет и ждет, чтобы ребенок нашел и показал соответствующую картинку, — только после этого (или после нескольких ошибочных действий ребенка) предъявляется карточка, и ребенок может проверить свой выбор. Если ребенок может назвать картинку, педагог спрашивает, каких картинок ему не хватает, чтобы закончить игру, — ребенок смотрит на карту, на которой уже лежат некоторые карточки, и просит дать ему остальные. Когда ребенок освоил определенную игру, можно усложнить ее, изменив картинки в лото. Так, если в начале коррекции на большой карте изображены 3–4 предмета, значительно отличающиеся друг от друга по нескольким характеристикам, то в процессе занятий количество картинок увеличивается до 6–8, причем среди них могут быть похожие друг на друга.

3. Оpoznавание зашумленных изображений. Когда ребенок научился соотносить предмет с реалистичным изображением, задача усложняется: изображение становится контурным, схематичным, черно-белым или зашумленным (перечеркнуто линией, наложено на другое изображение и т.д.). Здесь при восприятии приходится ориентироваться на меньшее количество признаков (только форма) или избирательно анализировать только то, что относится к данному изображению (в случае перечеркнутых и наложенных изображений). Здесь также используются игры в лото, в которых ребенок соотносит цветные карточки с черно-белым образцом (например, это может быть ксерокопия цветного образца).

4. Конструирование изображений. На последнем этапе ребенок учится опознавать изображение по одной его части, фрагменту. Это и есть основная трудность, которую испытывают больные со зритель-

ной агнозией и, соответственно, дети со слабостью зрительного гнозиса. Педагог предлагает ребенку картинки, разрезанные на две части, и показывает, как «починить» картинку. Ребенок сначала повторяет действие педагога, а потом собирает картинку самостоятельно. Иногда ребенок сразу узнает предмет, называет его и затем складывает; некоторым детям трудно понять, что именно они собирают, пока они не увидят целую картинку.

Мы используем два основных вида разрезных картинок. Первый — картинки, разрезанные на *фрагменты* (например, на две половинки). Второй вид картинок — картинки, состоящие из *элементов*. Здесь ребенок видит отдельные части изображенного предмета — соцветие, стебелек и листочек (цветок); циферблат и стрелки (часы); кузов, кабину и колеса (машина) и т.д. По мере освоения ребенком определенного набора картинок увеличивается количество частей, из которых они состоят, картинки из фрагментов сменяются кубиками (здесь появляется новая задача — найти на кубике сторону, на которой изображен кусочек нужной картинки).

Развитие слухового восприятия. При нарушении слухового восприятия (при сохранном физическом слухе) ребенок недостаточно хорошо различает окружающие его звуки. Он плохо ориентируется в мире, так как не может определить источник звука, соотнести звук с издающим его предметом. Часто это приводит к страхам (многие дети боятся звука работающего пылесоса, так как не соотносят шум с предметом — пылесосом — и со смыслом происходящего — уборка). Также таким детям трудно контролировать свои действия (например, закончив играть с водой, ребенок забывает выключить кран, так как не выделяет шума текущей воды среди других звуков). Трудности слухового восприятия проявляются и в развитии речи. Так, дети не «слышат», не понимают интонации говорящего, не чувствуют эмоциональной составляющей коммуникации. В дальнейшем при такой слабости слухового восприятия искаженно формируется и речевое восприятие (и собственная речь ребенка).

1. Различение неречевых звуков. Сначала педагог в процессе игры знакомит ребенка с различными бытовыми звуками: шум воды, звук падающих предметов, скрип двери и т.д. Эти звуки ребенок может вызвать сам и таким образом установить связь между определенным действием и звуком. Далее необходимо расширять репертуар доступных и известных ребенку звуков — используются звучащие игрушки, шумовые музыкальные инструменты. Сначала ребенок про-

сто играет с этими предметами, извлекая разные звуки, потом начинает угадывать источник звука, не видя его, подбирает пары предметов, звучащих одинаково. Здесь используются разные звучащие игрушки, детские музыкальные инструменты, педагог может сам изготовить коробочки с разным наполнением (песок, крупа и т.д.), которые издают определенный звук.

2. Различение контрастных речевых звуков. Ребенок, научившийся различать звуки, издаваемые предметами, может заинтересоваться и звуками речи. Он еще не понимает в полной мере слов и фраз, но может отличить непохожие звуки, которые произносит взрослый (например, гласный и согласный), может угадать, приближается к нему самолет (со звуком «У-у-у») или змея («Ш-ш-ш»). Потом ставится задача различить более близкие звуки. Появляются игры, в которых ребенок произносит простые слоги, звукоподражания («ау», «уа», «би-би» и т.д.). Более сложным заданием является понимание слов, отличающихся одним звуком (по ходу игры ребенка просят дать или показать «миШку» и «миСку», «Бочку» и «Дочку» и т.п.).

3. Понимание речи. В соответствии с одним из принципов коррекции, работа ведется от простого к сложному. Так, сначала ребенок учится понимать отдельные слова (показывает или дает по просьбе взрослого предмет или картинку), потом учится понимать и выполнять инструкции (от простых одноступенчатых к двух-, трехступенчатым). При работе с детьми с тяжелыми нарушениями очень важно, чтобы все упражнения включались в игровой контекст, тогда ребенок не выполняет задания, а совершает действия, подходящие к игре («покупает» в магазине несколько игрушек по просьбе «мамы» и т.д.).

4. Развитие тактильного восприятия. При нарушении тактильного восприятия у ребенка нарушается формирование представлений о своем теле, страдает развитие крупной и тонкой моторики, координации движений. Нарушение тактильного восприятия может выражаться в гипер- или гипосензитивности. При этом могут формироваться страхи и нарушения поведения (в одних случаях ребенок не получает необходимой информации из окружающей среды и не может адекватно реагировать на происходящие вокруг события, в других, наоборот, любое воздействие оказывается для него слишком сильным, непереносимым). И в том и в другом случае ребенок может демонстрировать как повышенную активность (он стремится получить необходимую сенсорную информацию или, наоборот, избежать воздействия), так и инактивность, пассивность (не реагирует на те

стимулы, которых не чувствует, например, прикосновение к горячему чайнику, или, наоборот, боится двигаться, чтобы не удариться, не прикоснуться к неприятным для него объектам).

Несмотря на заметные различия между гипер- и гипосензитивностью, работа по их преодолению имеет общие черты. Так, основной задачей мы ставим расширение сенсорного опыта ребенка. Сначала педагог привлекает внимание ребенка к тактильным ощущениям, играя с ним в игры для совсем маленьких детей («Сорока-ворона», «Ладушки» и т.д.).

В игре ребенка знакомят с различными предметами, их текстурой, все это происходит в эмоционально насыщенном контексте, так что смыслообразующим моментом является сюжет. В игре ребенок может ощупывать руками разные поверхности, ходить по ним ногами, соприкасаться всем телом с различными материалами (шариками в «сухом бассейне», песком, камешками, крупой, подушками, водой разной температуры и т.д.). Если ребенок боится и избегает прикосновений к новым предметам, целесообразно использовать в игре хорошо знакомые ему предметы — любимые игрушки. Их можно ощупывать, прятать под одежду ребенка и искать.

Полезны игры, в которых происходит объединение информации разной модальности — тактильной и зрительной или слуховой. Так, педагог предлагает ребенку игры со специальными красками для рук, в которых кроме тактильного в значительной мере задействован зрительный анализатор; при игре со звучащими игрушками ребенок может ориентироваться на звук (самолет летит и гудит, а потом садится к ребенку на коленку).

По мере освоения ребенком разных ощущений игры с ними усложняются. Так, познакомившись с разными поверхностями, ребенок может сортировать их, отделяя мягкие от жестких, теплые от холодных и т.д. На последующих этапах ребенок учится отгадывать предмет на ощупь — сначала ищет знакомую игрушку среди сильно отличающихся от нее (под одеялом спрятана мягкая игрушка и несколько кубиков), потом становится возможной игра в «волшебный мешочек», в которой ребенок ищет определенный предмет среди похожих по размеру и текстуре (например, деревянные фигурки).

Развитие пространственных представлений

Освоение телесного пространства. Если в процессе диагностики мы видим у ребенка выраженные трудности пространственной ори-

ентации, коррекционные занятия начинаются с обращения к предельному уровню функционирования. В данном случае необходимо сформировать у ребенка целостное представление о собственном теле (см. методику комплексной психомоторной коррекции А.В. Семенович). На этом этапе очень полезны занятия по сенсорному развитию, где ребенок получает различные ощущения от своего тела. В первую очередь это тактильные ощущения: педагог прикасается к руке, ноге, спине ребенка и т.д., рисует на его животе краской или глиной, которая, высыхая, немного стягивает кожу. Некоторые неизученные части тела становятся лучше заметны ребенку, если от них исходит несколько ощущений разной модальности: так, к руке или ноге привязывается колокольчик, который звенит, как только ребенок совершит даже небольшое движение, раскрашенная яркой краской рука или нога привлекает зрительное внимание ребенка, интересно еще и то, что такая рука и нога оставляет яркий след на бумаге (ребенок может оставить след руки и ноги, «нарисовать» линию). Эти упражнения позволяют ребенку обратить внимание на те части тела, которые он игнорирует, осознать, зачем они нужны (ногами можно топтать, пинать мячик, руками — брать игрушку, трогать разные поверхности, рисовать и т.д.). Далее ребенок овладевает своим телом, учится ориентировать его в пространстве (изменение поз, перемещение).

Освоение внешнего пространства. Наша задача — дать ребенку почувствовать, что мир вокруг него существует объективно, и что он сам «...занимает в этом мире и в этом пространстве определенное место, то есть ребенок должен научиться без боязни перемещаться и ориентироваться во внешнем пространстве» (А.А. Цыганок, Е.Б. Гордон). Начинать работу лучше в маленьком помещении с небольшим количеством предметов. Ребенок запоминает, какие игрушки, предметы мебели находятся в комнате (предметы, с которыми имеет дело ребенок, должны всегда лежать на своих местах, чтобы он мог взять их там, где они были в прошлый раз), куда можно пойти, забраться — под стол, за дверь, в угол комнаты. Постепенно, по мере освоения, рабочее пространство расширяется, вводятся пространственные телесные маркеры (лево/право, над/под и др.) — педагог комментирует перемещения ребенка по комнате, его манипуляции с игрушками («Ты залез на стул, а теперь под стол»; «Ты посадил куклу на подоконник, а мишку — слева от нее» и т.д.). Потом ребенок усваивает эти конструкции и может в ходе игры выполнить различные задания педагога — посадить игрушку на подоконник, под стул и т.д.

Двигательные схемы и диктанты. Ребенок учится ориентироваться в пространстве с использованием маркеров: например, педагог задает маршрут движения для достижения ребенком какой-либо цели (ребенок ищет спрятанную в комнате игрушку, а педагог подсказывает: «Иди вперед, теперь повернись направо и загляни под шкаф»). Далее возможен вариант, когда ребенок самостоятельно выстраивает маршрут движения, сопровождая его речевым комментарием, или воспроизводит по памяти уже известные ему схемы движения. Вводится план-схема помещения с обозначенным маршрутом движения. На следующем этапе ребенок с помощью или самостоятельно ориентируется по этим схемам — он может передвигаться по ним, обозначать на них расположение предметов в помещении.

Конструирование и копирование. Начинать можно с конструирования из реальных предметов (стульев, подушек), детского конструктора. Вместе с педагогом ребенок строит дом для куклы, дорогу для машины — ставится задача удержания направления, использование большого объема пространства. Позже ребенок сможет строить по образцу («Я строю домик для своей игрушки, а ты — такой же для своей») и по картинке.

От реального пространства мы переходим к его изображению — используем картинки, рисование. На первых этапах ребенок рисует на вертикали или лежа на полу, а не за столом, так как пространство листа (верх-низ) должно соответствовать пространственным маркерам тела. Ребенок учится соотносить реальный предмет и его изображение, самостоятельно изображать то, что он видит, или знакомые предметы. Он учится видеть контурное изображение, раскрашивает, по возможности стараясь не залезать за контур. Сначала для рисования лучше использовать гуашевые краски и толстую кисточку или губку, так как рисунок при этом получается более четкий, оформленный, не требует длительного времени для получения результата. Потом можно взять мелки, толстые карандаши, фломастеры. Начинается рисование с очень простых изображений, состоящих из 2–3 деталей, из которых ребенок рисует одну-две (педагог рисует тучу, а ребенок ее раскрашивает и проводит вертикальные линии дождика; педагог начинает рисовать машину или домик, а ребенок дорисовывает колеса, окошки и т.д.). Из таких простых предметов составляются сюжетные картины, и ребенок сам придумывает, что еще можно нарисовать.

Полезно также складывать простые изображения из частей. Сначала используются реальные предметы (например, предлагается сло-

жить разрезанные на части знакомые ребенку фрукты, приставить колеса к игрушечной машинке), потом можно переходить к плоскостному изображению и разрезным картинкам. Количество частей постепенно увеличивается от двух до 4–6. При конструировании важно учитывать пространственное расположение каждой части рисунка и предмета.

Усвоение стратегии движения по пространству листа. Далее у ребенка формируется представление о том, что целостная картина пространства состоит из отдельных фрагментов, расположенных в строгом порядке, нарушение этого порядка может исказить всю картину. Основной метод на данном этапе — складывание картинок из частей. Материал постепенно усложняется (от разрезных картинок — к кубикам, к увеличению количества фрагментов; реалистические изображения сменяются контурными или стилизованными; цветной образец заменяется на черно-белый и т.д.). Здесь необходимо выработать принятый в европейской культуре способ движения по пространству листа: слева направо и сверху вниз (мы начинаем складывать картинку с левого верхнего угла и последовательно заполняем все горизонтальные ряды); освоить «пространственные перешифровки», необходимые при копировании изображений с поворотом на 90° и 180°.

Развитие памяти

При работе необходимо учитывать хронологию развития памяти в онтогенезе. Первоначально у ребенка развивается память на эмоционально значимые события и людей — он выделяет среди всех людей маму, а потом тех людей, с которыми у него связаны определенные переживания (кого-то он боится, с кем-то, наоборот, любит играть). Ребенок с нарушением памяти испытывает трудности, когда он должен запомнить новых людей, с которыми ему приходится общаться. Поэтому с детьми с тяжелыми нарушениями развития сначала работает один педагог. Ребенок должен к нему привыкнуть, научиться его узнавать, оживляться при встрече (комплекс оживления, улыбка, у говорящих детей — выражение радости на вербальном уровне).

Со временем ребенок также запоминает понравившиеся ему игрушки и занятия. Например, он может запомнить, где лежит его любимая игрушка, и самостоятельно найти ее в комнате (сначала это происходит в рамках одного занятия, затем ребенок может найти ее и на следующем занятии). Если ребенку нравятся занятия, даже при отсутствии речи он может выражать свое желание поиграть в определенную игру (залезть к педагогу на колени, чтобы он поиграл с ним

«в козу», показать или принести игрушку, взять за руку и повести в определенное место) — для этого нужно запомнить, какая игра ему понравилась. Ребенок также запоминает последовательность событий (операций при выполнении бытовой деятельности — одевании и др.; при четкой структуре занятия он может удерживать в памяти последовательность игр или заданий).

Опора на другую модальность. Ребенок, испытывающий трудности при запоминании материала одной модальности, как правило, легче запоминает и воспроизводит информацию, полученную через другой канал восприятия — с трудом запоминая информацию на слух, он легко рисует по памяти 5–6 картинок и наоборот. Но часто дети не умеют этим пользоваться. На первом этапе мы показываем ребенку, как легче запомнить информацию, если использовать дополнительные средства. Набор этих средств зависит, в первую очередь, от того, какой сенсорный канал у ребенка оказался слабее и какой, соответственно, выполняет функцию опоры. Если отмечается недостаточность слухоречевой памяти, вспомогательным средством становятся картинки, которые ребенок может рисовать сам (при условии достаточно развитого гнозиса и графических навыков) или выбирать среди предложенных педагогом. Например, с помощью пиктограмм можно визуализировать последовательность выполнения операций в бытовой или предметно-практической деятельности. При слабости зрительной памяти опорой может стать название предметов. Усложнение материала в этом случае происходит следующим образом: от легко называемых изображений (предметов, простых геометрических фигур) к тем, которые назвать трудно (более сложные, неправильные фигуры, значки). Другим детям больше подходит опора на моторный образ — они лучше запоминают то, что можно ощупать, подержать в руках, то, с чем можно манипулировать. На занятиях педагог помогает им обвести картинку, пройти от одной игрушки до другой. Форма проведения таких занятий зависит от особенностей ребенка. Дошкольникам предлагаются игровые формы (например, игра в магазин, при которой ребенок запоминает список необходимых покупок), школьники наряду с игровыми выполняют и учебные задания на запоминание.

Увеличение объема. Овладев новым способом запоминания, ребенок оказывается способен запомнить большее количество элементов. В ходе занятий постепенно увеличивается объем материала, количество запоминаемых элементов (слов, картинок). Это требует от

ребенка быстрого выбора средств, облегчающих запоминание. С другой стороны, мы приближаем ситуацию к реальной, с которой ребенок сталкивается в школе (когда слушает объяснение учителя, запоминая правило, стихотворение).

Запоминание без внешней опоры. В обычной деятельности мы не имеем возможности рисовать картинки, громко называть трудные для нас изображения. Это не значит, что мы лишаемся необходимых нам опор. Эти опоры существуют во внутреннем плане — мы представляем себе зрительно или называем про себя то, что необходимо запомнить. Этому и учится ребенок на последнем этапе работы. Предъявляя материал, мы постепенно переводим во внутренний план все опоры, которые ранее совместно обсуждались ребенком и педагогом (см. программу формирования 3-го функционального блока мозга).

Развитие внимания

Нарушения внимания проявляются у ребенка во всех сферах психической активности. Внимание — это функция, без которой невозможно осуществление никакой целенаправленной деятельности. Ребенок с нарушением внимания не может *сосредоточиться* даже на интересной игре, отвлекается на любое воздействие (упавшая игрушка, шум ветра за окном). В другом случае ребенку трудно *распределить* внимание, он может катать только одну машину, при появлении другой забывает про ту, с которой играл, или он играет только с тем, что видит прямо перед собой, не использует игрушки, к которым надо протянуть руку или повернуть голову. Некоторые дети легко играют с несколькими игрушками, целенаправленно развивают сюжет игры, но им сложно *переключиться* с одного действия на другое: они долгое время кормят куклу, используют разную посуду, разные «фрукты» или «конфеты», но их нужно очень долго уговаривать, что «Кукла уже наелась и хочет спать» — они соглашаются, но не могут перестать делать то, что начали.

Привлечение внимания. Развитие внимания происходит также в процессе игры. Сначала педагог, наблюдая за ребенком, находит те игры и игрушки, которые ребенку интересны, за которыми он может некоторое время хотя бы пассивно наблюдать. Предлагая ребенку эти игры, педагог привлекает внимание ребенка к приятным и интересным для него переживаниям. Сначала это произвольное внимание, со временем ребенок начинает более произвольно наблюдать за игрой взрослого.

Удержание внимания. В начале занятий ребенок с нарушениями внимания способен сосредоточиться на интересной игре лишь кратковременно. Задачей второго этапа работы становится удержание внимания в течение нескольких минут. Для этого педагог использует дополнительные стимулы. Так, если ребенку понравилась яркая игрушка и он может взглянуть в ее сторону, педагог предлагает ему разные игры с этой игрушкой — она будет двигаться, звучать. Чтобы игра не была очень однообразной, в нее постепенно вводятся новые элементы, действия.

Распределение внимания. После того, как ребенок научился концентрировать внимание на одной игрушке и включать ее в игру, ему предлагают сразу несколько игрушек — он катал одну машинку, а теперь появилось еще две новых, их тоже можно катать; он кормил куклу вкусной конфетой, а педагог предлагает ему целую коробку разных угощений. Игра в результате становится интереснее, у ребенка появляется выбор, как и во что играть, но вместе с тем это требует от него некоторых усилий. Сначала ребенок учится оперировать с несколькими предметами, потом задача усложняется: эти предметы лежат не перед ним, а с разных сторон, увеличивается игровое пространство; ребенок учится играть с одними игрушками, не забывая при этом о тех, которых сейчас не видно («Мы кормим куклу конфетой, а за спиной у нас остались еще яблоки, их мы возьмем потом»). При выполнении ребенком заданий педагог в зависимости от возможностей ребенка может положить необходимые предметы, картинки перед ним или распределить их по всему столу.

Переключение внимания. Мир вокруг нас постоянно меняется: наступает утро, день, ночь, время игры, обеда и сна и т.д. Чтобы активно существовать в такой изменчивой среде, ребенку надо научиться переключать внимание с одного занятия на другое. В рамках одной игры он должен прекращать одно действие и переходить к другому (покормил куклу — уложил ее спать.). Эти переходы можно объяснить ребенку, чтобы ему было легче прервать приятное занятие, в котором он чувствует себя уверенно, и начать новое дело: «Машина доехала до конца дороги, дальше ехать некуда, теперь можно вспомнить, что она привезла, и высыпать песок в песочницу». На более поздних этапах работы ребенку уже не настолько необходим игровой контекст, он может переходить к новой деятельности по инструкции, собрав картинку, убирать пособие в коробку и ждать нового интересного задания. Потом ребенок будет в состоянии осуществить и более рез-

кий переход, например по просьбе педагога сам прекратит игру и пойдет на занятие.

Развитие мышления

Мышление — это сложная психическая функция, обеспечивающая жизнедеятельность и обучение ребенка. Для того чтобы ориентироваться в окружающем мире, осваивать новую информацию, взаимодействовать с другими людьми, ребенку нужно уметь устанавливать сходство и различия между предметами, явлениями, классифицировать предметы, проследивать причинно-следственную связь между событиями.

Наглядно-действенное мышление. В процессе игры ребенок знакомится с разными предметами. На этом этапе ставятся следующие задачи.

1) Понимание функционального назначения предметов. Чтобы совершать осмысленные действия с предметами, важно понимать, как их использовать: из чашки можно пить, на машине — ездить и т.д. Так, ребенок (сначала подражая педагогу, затем самостоятельно) кормит и одевает куклу, возит кубики в машине.

2) Формирование представления о сходстве и различии. Ребенок учится находить одинаковые и (позже) сходные предметы. Ему предлагается, например, сложить мячики в одну коробку, а машинки — в другую. Задание можно усложнять, предлагая ребенку сходные предметы, различающиеся по какому-либо признаку (большие и маленькие игрушки, красные и зеленые кубики и т.д.). Далее увеличивается количество предметов, с которыми оперирует ребенок, а также количество групп, на которые необходимо эти предметы разделить — от двух цветов переходят к четырем, к маленьким и большим игрушкам добавляются средние. Усложняется и признак, который должен выделить ребенок — появляются разнообразные геометрические формы (здесь можно складывать доски с вкладышами, «почтовый ящик»).

3) Формирование представления о размере. Когда ребенок различает несколько размеров, он может собирать пирамидку, соблюдая правильную последовательность колец. Оперируя с предметами разного размера, он на опыте видит, например, что маленькие предметы можно класть в разные коробки, а большой предмет в маленькую коробочку не помещается. Он учится соотносить разные предметы сходного размера (игрушки и коробки), собирать матрешку.

4) Понимание причинно следственной связи. Совершая действия с предметами, ребенок учится понимать связь между событиями (толкнул игрушку — она упала, наклонил банку — из нее полилась вода и намочила одежду и т.д.), а затем и прогнозировать события (если скатить мячик со специальной горки, он стукнет по колокольчику, раздастся приятный звук).

Наглядно-образное мышление.

1) Установление связи «картинка — предмет — слово». Переход на уровень наглядно-образного мышления предполагает, что ребенок может понимать и устанавливать связь между картинкой, предметом и обозначающим его словом (см. развитие зрительного восприятия).

2) Установление связи между картинкой и событием. Далее ребенок устанавливает связь между картинкой и происходящим событием (например, нарисованная чашка обозначает, что пора идти пить чай, а нарисованный стол — начало занятия). С ребенком, перешедшим на этот уровень развития мышления, становится возможно составлять расписание дня, в котором на простых понятных картинках отражены основные события. Дети, не пользующиеся речью для общения, могут научиться выражать свои желания при помощи картинок — показывать взрослому картинку с изображением чашки, когда хочется пить, или верхней одежды — когда хочется гулять. Такой способ общения и организации жизни используется и в работе с аутичными детьми.

3) Понимание смысла сюжетных картинок. Ребенок учится анализировать изображение и понимать, что происходит на картинке. Надо учесть, что для простоты восприятия картинка должна быть четкой, на ней не должно быть лишних деталей, которые могут отвлекать внимание ребенка и усложнять восприятие. Ребенок может словом (если он пользуется речью) или действием, жестом выразить, что он понял содержание картинки — поставить чашку на стол так же, как она стоит на картинке, сказать или изобразить, как мишка спит и т.д.

4) Понимание серий сюжетных картинок. Чтобы понять, что происходит на нескольких последовательных картинках, ребенку необходимо не только понимать содержание каждой из них, но и проследить связь между картинками. Здесь ему предлагается разложить несколько картинок по порядку и рассказать (если это доступно), что происходит. Сначала сюжет должен быть максимально приближен к

понятной ребенку реальности, отражать знакомые и привычные события (мальчик встал, оделся, позавтракал и т.д.). Связь между ними должна быть очевидна. Впоследствии сюжет можно усложнять.

Развитие функций третьего функционального блока мозга

Третий блок мозга — блок программирования, регуляции и контроля сложных форм деятельности. Он обеспечивает организацию активной, сознательной психической деятельности — это регуляция поведения, составление плана и программы действий и контроль за их выполнением. С ребенком, не способным произвольно регулировать свое поведение, невозможно заниматься, сидя долгое время за столом и ожидая, что он будет выполнять задания, которые не обязательно его заинтересуют — он не будет сидеть, слушать педагога, делать то, что не хочется. Поэтому основным средством для детей с тяжелыми нарушениями развития (по крайней мере, на первых этапах работы) является доступная им игра.

Непроизвольная концентрация и удержание внимания. На первом этапе занятий у ребенка, как правило, отмечаются выраженные нарушения произвольной регуляции деятельности, часто — полевое поведение. Он еще не способен ни к индивидуальным, ни тем более к групповым занятиям, где требуется концентрация внимания в течение определенного времени, выполнение инструкций, стремление к достижению результата.

На этом этапе важно найти ту деятельность, к которой ребенок способен и которая ему нравится — это может быть простая манипулятивная игра, некоторые дети могут сосредоточиться на сенсорных ощущениях или определенное время внимательно слушать музыку. Педагог присоединяется к этой деятельности и создает условия, в которых ребенок внимателен и сосредоточен (сначала в течение нескольких секунд, постепенно время активного внимания увеличивается). Для ребенка не представляет трудности внимательно наблюдать за педагогом или выполнять определенные операции, поскольку эта деятельность выбрана именно с учетом его предпочтений. Если занятия проводятся регулярно и это приятное переживание постоянно повторяется, ребенок запоминает комфортную ситуацию, стремится повторить это ощущение, ждет, когда снова наступит время занятия.

На других занятиях специалисты также наблюдают за поведением ребенка и определяют, какие игрушки, картинки, песни, спортивные снаряды ему нравятся, на чем он может сосредоточиться на

некоторое время. Результаты этих наблюдений необходимо учитывать при составлении программы занятий данного ребенка и группы, которую он посещает.

Введение простой программы, контролируемой педагогом. Постепенно ребенок начинает замечать и другие ощущения и переживания, связанные с уже привычной деятельностью — у педагога появляется больше средств привлечь и удержать его внимание. Кроме того, появляется возможность выбора: можно катать машину, слушая звук колес, по полу или по ковру, можно прятать и искать эту же машину в комнате, можно нагружать ее разными игрушками, горохом, песком и т.д. — ребенок произвольно выбирает из освоенного репертуара игр определенную, наиболее привлекательную в данный момент.

Игра, доступная ребенку, постепенно усложняется — в ней появляются новые детали, она занимает большее время, чем в начале занятий. Знакомые операции объединяются в простую последовательность, которая постепенно усваивается ребенком. Появляется программа действий, выполнение которой сначала контролирует педагог.

Составление программы действий совместно с ребенком. В определенный момент у ребенка снова появляется выбор: совершать усвоенные операции можно в разном порядке. Например, можно сначала провезти машину по полу, прислушиваясь к шуму колес, а потом высыпать кубики из кузова и послушать этот звук; а можно сделать наоборот: из кубиков построить дорогу (по ней машина поедет с другим звуком), а возить в этой машине песок (его также можно нагружать и высыпать). Сложные операции, недоступные пока ребенку, почти полностью осуществляет педагог, но у ребенка есть возможность помочь ему, подключившись к работе. Выбор же игры (а вместе с ним и составление программы действий) теперь переходит к ребенку — это требует от него активного планирования, но одновременно делает игру интересной именно ему (раньше педагог решал, что будет ребенку приятно, и не всегда его предположение оказывалось верным).

Усложнение программы. Когда ребенок может удержать и выполнить простую программу, педагог может предложить ему изменить игру, добавив еще несколько привлекательных деталей. Это возможно, если ребенок доверяет взрослому и знает, что тот предлагает интересные вещи, а не скучные задания. Игра при этом также получается интересной, ребенок согласен в ней участвовать, но для этого ему надо удержать и последовательно выполнить несколько определен-

ных действий: построить дорогу (иначе машина завязнет в болоте), нагрузить ее (выбрав, что именно она повезет), посадить в кабину шофера, провезти машину по дороге и выгрузить игрушки. На следующем этапе количество деталей снова увеличится: машина будет по дороге заезжать на заправку, останавливаться у светофора и т.д. Часть деталей будет предлагать педагог, другие — придумывать сам ребенок, придерживаясь выбранного сюжета. Важно, чтобы требования педагога подчинялись контексту выбранной игры, чтобы он мог объяснить ребенку, почему нужно одеть куклу именно в такую одежду (потому что на улице дождик, без плаща она промокнет) и т.д., чтобы ребенок принял эти требования.

Действия, которые включены в игру, также усложняются: на дороге появляются развилки, так что надо решить, куда повернуть (или выполнить инструкцию педагога); сама дорога состоит из кубиков разного цвета (чтобы построить правильную дорогу, надо чередовать цвета); в кабине могут ехать только «живые» пассажиры (куклы или животные), остальные игрушки являются грузом и кладутся в кузов и т.д. Ребенок выполняет эти указания педагога, зная, что после этого будет играть в знакомую интересную игру.

Выбор заданий всегда зависит от интересов ребенка и на этом этапе тесно связан с сюжетом игры. Ребенок еще не готов выполнять задания, как это делает школьник на уроке, но может прислушаться к совету взрослого, который подсказывает, как интереснее играть. При этом условии ребенок способен сосредоточиться и выполнить действия, которые раньше не пытался осуществить.

Переход от игры к выполнению дидактических заданий за столом. По мере развития произвольной регуляции собственного поведения и способности к самоорганизации ребенок может выполнять все больше предложений и инструкций педагога. Сначала все они подчинены общей игре, ребенок выполняет их, потому что игра от этого становится интереснее. Постепенно задания «удаляются» от игры, но их содержание все еще связано с сюжетом: ребенку предлагается нарисовать машину, в которую он так любит играть, вспомнить, что еще может ездить по дороге и т.д.

Постепенно у ребенка появляются любимые задания, которые он выполняет с особенным удовольствием. Это уже не игры, в которых участников интересует процесс, а задания, направленные на достижение результата (собранная или нарисованная картинка, бусы, придуманная история). Важно показать ребенку, что педагог дово-

лен этим результатом, вовремя похвалить ребенка, а если возникли сложности — оказать необходимую помощь.

Формирование межполушарного взаимодействия

Психическая деятельность осуществляется при условии взаимодействия разных отделов головного мозга. Очень важна совместная работа двух полушарий мозга, при нарушении (или несформированности) которой оказывается недоступна или затруднена координация движений (например, ходьба, работа двумя руками, взаимодействие рук и ног). На более высоком уровне не формируются связи между вербальными и невербальными функциями, страдает процесс анализа информации (например, трудности осознания объектов, попадающих в левое поле зрения, собственных эмоциональных состояний и др.).

Согласно концепции Б.А. Архипова и А.В.Семенович, любая психическая функция вначале представлена в правом полушарии и по мере созревания «перемещается» в левое. При нарушении взаимодействия полушарий такой перенос оказывается затруднен, что приводит к недостаточному развитию соответствующих функций. Так, например, ребенок остается на стадии произвольных вокализаций, а фразовая речь как средство общения и регуляции поведения может не развиваться. Своевременная коррекционная работа по развитию межполушарного взаимодействия приводит к развитию соответствующих психических функций.

Развитие общей двигательной координации. Прежде всего необходимо развивать и расширять общие двигательные возможности (для этого существуют специальные программы занятий ЛФК и набор разнообразных подвижных игр). На этой основе в дальнейшем будет построена работа по развитию взаимодействия рук, ног.

Формирование крупных содружественных движений двумя руками и ногами. Когда простейшие движения освоены и ребенок с удовольствием играет со знакомыми игрушками, движется по комнате, не испытывая страха упасть, игры усложняются — теперь ребенок учится действовать двумя руками. Он учится ловить воздушный шарик, мяч, отбивать его двумя руками, а затем поочередно правой и левой рукой. Дома ребенок осваивает разные бытовые действия двумя руками: моет пол, посуду, стирает и т.д. Параллельно ребенку предлагаются занятия с глиной и тестом — он месит двумя руками, лепит простейшие фигурки.

Развитие реципрокной координации рук и ног. Предлагаемые ребенку действия постепенно усложняются: от симметричных движений (поймать мяч, хлопнуть в ладоши и т.д.) мы переходим к разным движениям руками (одна рука держит банку, другая откручивает крышку и др.). Рекомендуется использовать разные шнуровки, крупные бусы. Девочкам часто нравится вышивать большой иглой, мальчикам — работать со столярными инструментами (забивать гвозди, закручивать гайки и т.п.). Также усложняются движения ног ребенка: от простой ходьбы — к игре в футбол.

Формирование межфункциональных связей. В протекании психических функций принимают участие оба полушария мозга, каждое из которых выполняет в ее осуществлении свою роль. Так, левое полушарие, отвечающее главным образом за речевые процессы и произвольную регуляцию деятельности, позволяет вербализовать, назвать то, что мы делаем, и спланировать то, что предстоит сделать. Такая важная роль речи хорошо видна у ребенка, который осваивает новую для себя деятельность, например письмо. Первоклассники часто проговаривают буквы и слоги, которые пишут (а иногда даже диктуют себе, где надо изобразить крючок, а где — палочку), в процессе овладения письмом проговаривание сворачивается и переходит во внутренний план, ребенок может писать молча. Правое полушарие, отвечающее за образное восприятие, мышление, эмоциональную регуляцию, позволяет осуществлять психические процессы без опоры на речь, придавать эмоциональную окраску событиям. То есть правополушарные процессы являются более произвольными по своей организации.

Также известно, что в правое полушарие попадает информация от левой половины тела (то, что мы ощущаем левой рукой, слышим левым ухом и т.д.) и из левого поля зрения. Соответственно, левое полушарие имеет дело с информацией, поступившей через правую половину тела и правое поле зрения.

В случае нарушения межполушарного взаимодействия оказывается затруднен перевод информации, полученной одним полушарием, в другое, в частности связь между речевой и неречевой составляющей психических функций. При этом оказывается трудно назвать (левое полушарие) то, что оказалось *слева* от нас (правое полушарие), осознать и использовать эту информацию в деятельности.

На занятиях педагог помогает ребенку научиться замечать объекты, попадающие в левое поле зрения, например при движении он

учится не задевать предметы левым плечом, рукой, ногой, обходить их. Можно ощупывать предметы левой рукой и называть их. При различных видах деятельности полезно привлекать внимание ребенка к предметам, находящимся в левом поле зрения. Для этого педагог может специально класть интересные для ребенка предметы слева от него, делая левое поле зрения более актуальным. Эти предметы и изображения педагог называет, рассказывает о них ребенку и побуждает самого ребенка называть их (если позволяют речевые возможности); также педагог включает эти предметы в различные виды деятельности, осуществляемые ребенком произвольно — новые, еще не освоенные игры. Аналогично происходит привлечение внимания к правой половине тела и предметам, расположенным справа — но в этом случае нужно стремиться снизить произвольность ребенка.

Осмысление собственных переживаний. Важно научить ребенка осмысливать его эмоциональные переживания. Например, ребенок кричит, не хочет участвовать в занятии, подчиняться требованиям — педагог в этом случае комментирует его состояние, говоря: «Ты устал», и предлагает способы его преодоления: «Можно пойти полежать на диване, покачаться на качелях (предложить любое другое приятное для ребенка занятие), отдохнуть, а потом вернуться и доделать задание».

Заключение

Данная программа развития познавательной сферы является достаточно универсальной. Она позволяет построить занятия для детей с очень большим спектром нарушений, начиная от достаточно тяжелых сочетанных нарушений психо-речевого развития, выраженной задержки интеллектуального развития до негрубой задержки развития и изолированных нарушений отдельных психических процессов. Элементы программы можно использовать в работе со школьниками, испытывающими трудности в обучении.

Начиная коррекционно-развивающие занятия, необходимо определить исходный уровень развития ребенка и, в соответствии с этим, выбрать, с какого из предлагаемых этапов по каждому разделу нужно начать работу. Например, при грубых задержках речевого развития, когда ребенок не пользуется речью, занятия целесообразно начинать с повышения общей активности ребенка через различ-

ные музыкальные и сенсорные занятия. Развитие собственно речи должно происходить позже.

В случае выраженных нарушений, когда ребенок развивается очень медленно, переход к каждому последующему этапу может растягиваться на годы. Тогда следует, не прекращая усилий по формированию основных психических функций, большее внимание уделить использованию полученных навыков в реальной жизни. В другом случае, если нарушение не очень грубое, следует определить, какие стадии ребенок прошел самостоятельно, и начать работать с последней из этих стадий. Таким образом, предлагаемая программа описывает универсальную последовательность этапов работы, отражающую закономерности развития психической сферы. Соблюдая эту последовательность, работающий с ребенком специалист может добиться положительных результатов.

Литература

1. Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста / Под ред. Л.С. Цветковой. — М.: НПО МОДЭК, Московский психологосоциальный институт, 2001.
2. Руководство по раннему обучению. Портедж. — СПб.: Петербург XXI век, 1995
3. Письмо и чтение: трудности обучения и коррекция / Под ред. О.Б. Иншаковой. — М.: НПО МОДЭК, 2001.
4. Алиева Т.И., Антонова Т.В., Арнаутова Е.П. и др. Программа «Истоки». Базис развития ребенка-дошкольника (раздел: «Дошкольное детство: ведущая деятельность — игра»). — М.: Просвещение, 2003.
5. Ахутина Т.В. Нейролингвистический анализ динамической афазии. — М.: Теревинф, 2002.
6. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Нейропсихологический подход к коррекции трудностей обучения // Нейропсихология сегодня / под ред. Е.Д. Хомской. — М.: Изд-во МГУ, 1995, с. 160–170.
7. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М., Яблокова Л.В. Нейропсихологический подход к профилактике трудностей обучения. Методы развития навыков программирования и контроля // «Школа здоровья». — Т. 2, № 4, 1995. — С. 66–84.
8. Баряева Л.Б., Гаврилушкина О.П., Зарин А.П., Соколова Н.Д. Программа воспитания и обучения дошкольников с интеллектуаль-

- ной недостаточностью (раздел: «Игра»). — СПб.: Союз, 2003.
9. Бурлакова М.К. Коррекция сложных речевых расстройств // Сборник упражнений. — М.: В.Секачев 1997.
 10. Выготский Л.С. Вопросы детской психологии. — СПб.: Союз, 1997.
 11. Выготский Л.С. Развитие высших психических функций. — М.: Изд-во АПН РСФСР, 1960.
 12. Глозман Ж.М. Количественная оценка данных нейропсихологического обследования. — М.: Теревинф, 1999.
 13. Иванов С.М. Лечебная гимнастика для детей, больных бронхиальной астмой. — М.: Медицина, 1974.
 14. Корсакова Н.К., Микадзе Ю.В., Балашова Е.Ю. Неуспевающие дети: нейропсихологическая диагностика трудностей в обучении младших школьников. — М.: Педагогическое общество России, 2002.
 15. Костина Л.М. Игровая терапия с тревожными детьми. — СПб.: Речь, 2005.
 16. Лендрет Г.Л. Игровая терапия: искусство отношений. — М.: Международная педагогическая академия, 1994.
 17. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. — М.: Академический проект, 2000.
 18. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. — М.: Академия, 2004.
 19. Лурия А.Р. Схема нейропсихологического исследования. — М.: МГУ, 1973.
 20. Микадзе Ю.В., Корсакова Н.К. Нейропсихологическая диагностика и коррекция младших школьников — М.: Интелтех, 1994.
 21. Ньюмен С. Игры и занятия с особым ребенком. / Пер. с англ. — М.: Теревинф, 2004.
 22. Пылаева Н.М., Ахутина Т.В. Школа внимания — М.: Теревинф, 2004.
 23. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. Практикум. — М.: Академия, 2002.
 24. Семенович А.В., Цыганок А.А. Нейропсихологический подход к типологии онтогенеза // Нейропсихология сегодня / Под ред. Е.Д. Хомской. — М.: Изд-во МГУ, 1995, с. 170–183.
 25. Симерницкая Э.Г. Мозг человека и психические процессы в онтогенезе. — М.: МГУ, 1985.
 26. Симерницкая Э.Г. Нейропсихологическая диагностика и коррекция школьной неуспеваемости // Нейропсихология сегодня. — М.: МГУ, 1995 (с. 154–160).

27. Хомская Е.Д. Нейропсихология. — М.: МГУ, 1987.
28. Цветкова Л.С. Методика нейропсихологической диагностики детей. — М.: Педагогическое общество России, 2002.
29. Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. — М.: Академический проект, 1985.
30. Цыганок А.А., Гордон Е.Б. Коррекция пространственных представлений у детей // В сб.: Особый ребенок: исследования и опыт помощи. — М.: Центр лечебной педагогики, 1999, вып. 2.
31. Шохор-Троцкая (Бурлакова) М.К. Речь и афазия. Методологический подход к преодолению речевых расстройств. — М.: ЭКСМО-Пресс, В.Секачев, 2001.
32. Экслайн В. Игровая терапия в действии. — М.: Апрель-пресс, ЭКСМО-пресс, 2003.
33. Эльконин Д.Б. Психология игры — М.: Владос, 1999.
34. Янушко Е. Игры с аутичным ребенком. Установление контакта, способы взаимодействия, развитие речи, психотерапия. — М.: Тервинф, 2004.

различные аспекты построения педагогической среды

Методические рекомендации по организации педагогической среды для детей с эмоционально-волевыми нарушениями и нарушениями общения

А.А. Цыганок (составление и научное редактирование);
А.Л. Битова; М.В. Водинская; Р.П. Дименштейн;
И.Ю. Захарова; Ю.В. Липес; Н.Л. Моргун; О.Ю. Попова;
О.А. Тихонова; С.А. Хатуцкая.

Введение

В предлагаемом читателю материале пойдет речь о тех детях с трудностями общения, особенностями поведения и эмоционально-волевой сферы, которые обычно оказываются вне системы образования. Педагогу очень трудно работать с каждым таким ребенком, положительные результаты достигаются крайне медленно, иногда кажется, что ребенок вовсе не хочет ничего узнать и ничему научиться, не может продвинуться в своем развитии.

Трудности общения могут быть у ребенка первичными, а могут быть обусловлены, например, индивидуальными особенностями развития мозга, речевыми проблемами, особенностями эмоционально-волевой сферы, наличием физического недостатка. В свою очередь, трудности общения могут вызывать речевые, поведенческие и другие проблемы.

Отчет о выполнении Центром лечебной педагогики работ по Договору № 43 от 27.07.94 с Министерством образования РФ. Печатается в сокращении.

Опыт сотрудников Центра лечебной педагогики показывает, что с такими детьми можно успешно строить педагогическую работу.

Процесс фиксации своего понимания, своих знаний — это не абсолютный, а итерационный процесс. Для профессионала не существует абсолютной методика, а существует фиксация его теперешнего опыта. Соответственно этому методика будет постоянно уточняться по ходу дальнейшей работы специалиста и углубления его понимания.

Мы предлагаем понимать методику и вообще любые методические материалы не в рамках схемы «Я сказал, а ты делай», а как единицу профессионального диалога. Один специалист говорит про то, что им проверено, что он хорошо знает: что он делает, как делает, чего ему удастся достичь. Он с большей или меньшей степенью успешности описывает свой опыт. Другие люди пытаются этот текст понять, интерпретировать и попробовать в своей практике, а после этого формулируют реакцию: что понятно, что непонятно, что получилось, что не получилось, предлагают свои варианты. Таким образом методика становится единицей профессионального диалога и уточняется в рамках этого диалога.

Итак, когда мы говорим про методику, мы имеем в виду описание некоторой единицы опыта, то есть не какого-то случайного результата один раз проведенного эксперимента (даже успешного), а того, что систематически происходит, систематически получается. Но для того, чтобы описать свой опыт, профессионалу необходимо постоянно преодолевать пропасть между тем, что он умеет и делает, и тем, что он может проанализировать и передать другим людям.

Мы ставим вопрос таким образом: то, что в течение последних десятилетий было принято называть методиками, и то, что в таком качестве пытались производить и использовать, методиками не являлось. Это, на самом деле, способ обезличивания педагогической культуры. Все, что мы предлагаем делать, направлено на возрождение профессиональной культуры в педагогической сфере. В рамках диалога между профессионалами должен происходить свободный обмен ценностями профессиональной культуры, чтобы ими мог воспользоваться каждый, кто разделяет соответствующий подход.

Перенос методика — это всегда напряженная творческая педагогическая деятельность. Не бывает двух одинаковых детей, двух одинаковых групп детей, двух одинаковых педагогов. Детали применения методика не могут быть описаны достаточно точно. У педагога есть некоторый педагогический арсенал, и он применяет его к детям

и группам детей, а время от времени в педагогическом сообществе появляются новые методики. Способность педагога адаптировать и применить в своей практике ту или иную методику — это дело его педагогической культуры. Творчески работающему педагогу часто удается применить методику к таким детям или группам детей, о которых авторы даже не предполагали, что это возможно. Методику начинают модифицировать, ее начинают применять в других контекстах, и только тогда методика становится фактом педагогической культуры.

Хотелось бы обратить внимание коллег на некоторые общие «правила». Конечно, их гораздо больше, и их описание можно найти в известной литературе. Однако многие из них спорны, к тому же конкретные ситуации иногда заставляют педагога действовать противоположным образом. Поэтому мы предлагаем рассматривать приведенные ниже замечания в сопоставлении с конкретным опытом.

1. Среди специалистов и в литературе встречается мнение, что ребенок с нарушением общения (например, с РДА) нечувствителен к окружающей среде, ничего не замечает, ни на что не обращает внимания. Мы же, напротив, склонны разделять другую точку зрения: такой ребенок гиперсензитивен. Все, что происходит вокруг, глубоко задевает и ранит его, поэтому, защищаясь, он прячется в свою скорлупу, уходит от силовых линий окружающего мира.

2. Работая с такими детьми, очень важно ориентироваться не на внешние, часто случайные проявления, а на истинные внутренние побуждения ребенка, его проблемы и потребности, чувствовать, когда ребенок ждет помощи, но не умеет попросить. Такая профессиональная интуиция часто приходит с опытом. В противном случае ребенок делает вывод, что его трудности преодолеть нельзя, поскольку с ними не могут справиться даже взрослые. Подобные ситуации очень вредны для дальнейшего развития и обучения ребенка, для его формирования в целом.

3. Важной и очень трудной является проблема установления первичного контакта с ребенком.

Педагог должен постоянно держать ребенка в поле периферийного внимания, избегая прямого взгляда; контролировать ситуацию, чтобы она не переросла в катастрофическую, незаметными усилиями предупреждать ее нежелательное развитие.

Пространство должно быть всегда подготовлено таким образом, чтобы не произошло ничего неожиданного, пугающего или непредусмотренного:

- не слишком большое помещение;
- отсутствие опасных предметов и предметов, которые нельзя трогать (могут напугать, разбиться, порезать, ...);
- наличие свободного прохода к выходу (всегда можно выйти и вернуться);
- достаточное количество разных интересных игрушек, любую из которых можно потрогать, взять, поиграть.

Установление контакта вначале позволяет взрослому войти в число «ведомых» предметов, которыми ребенок управляет и манипулирует; постепенно педагог может стать «ведущим» и «направляющим».

Необходимо так построить отношения с ребенком, чтобы ему захотелось прийти еще раз. Нельзя резко менять форму поведения ребенка, ломать его стереотипы, ничего не предлагая взамен. Ребенок должен почувствовать атмосферу защищенности, принципиально не похожую на привычную ему непродуктивную зависимость от взрослого. Образ взрослого должен быть связан не только с тем, кто всегда «мешает» и «требует».

4. Любой фактор, связанный с прямой сенсорикой — цвет, звук, запах, линия, фактура какого-то материала и т.п. — может оказаться слишком «острым», непереносимым для конкретного ребенка или полностью поглотить его внимание. К таким факторам относится и внешний вид педагога — его голос, одежда, прическа, украшения. Необходимо учитывать все эти обстоятельства и предупреждать или вовремя устранять причины дискомфорта и источники раздражающих сенсорных ощущений.

5. Одним из определяющих моментов при построении педагогического процесса для детей с трудностями общения является также пространственно-временная организация среды. Элементы пространства должны соотноситься с индивидуальными особенностями детей и в то же время соответствовать общеизвестным традициям. Ритмическое движение по пространству отражает категорию времени, задает (изменяет) темп деятельности. Пространственно-временная структура постепенно усложняется, становится менее материализованной (опирающейся на определенные предметы и действия), более подвижной, условной, поддающейся изменениям в соответствии с мотивами и потребностями ребенка.

Опыт многих стран и различных педагогических традиций показывает, что наилучшие результаты могут быть достигнуты при построении работы с детьми на основе интегративного подхода. В рам-

ках господствующего в России нозологического подхода не могло появиться методик, которые описывали бы педагогическую работу в нозологически смешанной группе. Задача предлагаемых материалов — показать, как специалистам и всем сотрудникам Центра лечебной педагогики удастся организовать терапевтичную педагогическую среду, которая позволяет вступить в контакт с ребенком, выявить его истинные проблемы и вместе с ребенком, в совместном действии двигаться к решению его познавательных, коммуникативных и других проблем.

В предлагаемом материале мы не ставим своей задачей разворачивать концептуальные построения. Тексты теоретического характера не всегда помогают практическому работнику. Этот материал обращен не к тем, кто занимается исследованиями. Он обращен к практикам, к тем людям, которые работают с детьми. Поэтому мы описали наш опыт максимально простым способом. Мы сознательно не сводим к общему знаменателю опыт различных специалистов, не вычеркиваем и не объединяем сходные фрагменты. Мы видим ценность наших материалов именно в том, что описан опыт работы конкретного педагога с конкретным ребенком или группой детей. Читателю будут предложены понятные методики: будут даны некоторые прецеденты, описаны способы работы, чтобы специалисты на местах могли попробовать применить все это в своих условиях. Мы ожидаем от всех читателей реакции и надеемся, что апробация на местах и ваша реакция, которую мы получим, позволит описать наш опыт более четко и сделать его доступным для использования каждым заинтересованным педагогом.

Нарушения общения и проблемы поведения

Когда к нам впервые приходит ребенок, педагогу бывает сложно понять истинную причину проявляющихся у него нарушений общения. Часто ребенок производит впечатление совсем закрытого и не идущего ни на какие контакты. Родители жалуются на упрямство, агрессию и отсутствие контактов с детьми, пугливость, тревожность, чрезмерную привязанность к матери (не отпускает ее ни на шаг), странные страхи (боится ходить босиком по траве, боится горшка) или пристрастия («Я крыса, убей меня»); «не слушает, не понимает, не хочет, не может, не говорит, не спит, не смотрит, не играет» и т.д. Сплошные «не».

Для нас важно разобраться, где же все-таки ребенок не хочет, а где — не может, и что лежит в основе патологических форм поведения: особенности формирующей среды или собственно эмоционально-волевые нарушения — недостаточность общего, в том числе психического тонуса, т.е. низкая психическая активность с быстрой пресыщаемостью, что является причиной снижения внимания, нарушения целенаправленности деятельности; повышенная или пониженная чувствительность, что является причиной нарушения аффективной сферы (тревожность и страхи). Вследствие всего этого ребенок не приобретает разнообразных и гибких способов адаптации к миру и взаимодействия с окружающим. Мир становится для него пугающим и опасным, и ребенок уходит от контактов со средой и людьми или адаптируется за счет стереотипизации поведения (в данном случае под стереотипами мы подразумеваем те формы поведения, которые ребенок постоянно воспроизводит в различных ситуациях, — это может быть любое выбранное ребенком действие или система действий). Вследствие особой психической организации ребенок ищет доступные для него поведенческие штампы и особые формы повышения психической активности, т.е. тонизации (аутостимуляции).

Когда мы делаем попытки вмешаться в жизнь ребенка, заставить его взаимодействовать с окружающим миром и людьми, не учитывая и не понимая его особенностей (начинаем ломать стереотипы поведения, навязывать разнообразные контакты, ограничивать аутостимуляцию, ничего не предлагая взамен, или вводить ребенка в заведомо недоступные и непонятные формы деятельности), возникают неадаптивные формы поведения: агрессия и самоагрессия, страхи, тревога вплоть до депрессии и желания уйти из мира; негативизм, «беспричинная» возбудимость и дурашливость, нежелание пользоваться речью для контактов (избирательный мутизм) и т.п.

Часто к нам приходят дети, родители которых жалуются на то, что ребенок закрыт, не хочет ни с кем играть, упрям, агрессивен. Но у многих из этих детей не обнаруживается первичных нарушений в эмоционально-волевой сфере. В чем же дело? Такие дети имеют особенности развития, особенности формирования высших психических функций, которые требуют построения специальной формирующей среды. Когда взрослые этого не понимают, к ребенку предъявляются повышенные требования, что и приводит к возникновению разнообразных способов защиты от окружающих, нарушению общения, появлению патологических форм поведения. Нам важно создать для ре-

бенка атмосферу защищенности и доверия, дать ему возможность раскрыть собственную личность, снять излишнюю зависимость от взрослого или, наоборот, предпринять попытку контакта, войти в мир ребенка и стать для него связующим звеном с внешним миром.

Итак, первая задача — изменить образ взрослого в глазах ребенка, снять отрицательную установку на взрослого, как на человека, который «все время мешает и чего-то требует».

Формы первого контакта, характер проявляемой активности взрослого зависят от тяжести нарушения общения, от степени закрытости ребенка для мира. Но для себя мы можем выделить основной принцип: надо вести себя так, чтобы ребенку захотелось еще раз к нам прийти. Необходимо сказать несколько слов о преодолении негативного отношения к занятиям, играм, чтению книг. Организуя, налаживая контакт, ни в коем случае нельзя начинать взаимодействие с ребенком с тех видов деятельности, к которым у него сформировалось негативное отношение. Когда контакт с ребенком налажен, когда он начинает нам доверять, мы очень осторожно и ненавязчиво вводим его в учебную ситуацию, выбирая наиболее интересные для ребенка занятия.

Ира С., 6 лет. Проявляет яркий негативизм во время занятий (чтение вслух, счет, выучивание букв, цифр). На вопрос: «Почитать тебе?» Крик: «Не почитать!». Работа началась с того, что педагог рисовал то, что любит Ира. У нее есть свои пристрастия: цветы, бабочки, птицы, снежинки, фонтан — все легкое и летящее. Ира подключается: помогает раскрашивать. Раскрашивает подолгу, тщательно. В это время педагог начинает рассказывать сказку К. Чуковского «Мойдодыр».

И так происходит в течение нескольких занятий. Затем педагог приносит книжку и уже читает «Мойдодыра», пока Ира раскрашивает. Она бросает быстрые взгляды на картинки в книжке. На следующем занятии все повторяется, но педагог уже комментирует иллюстрации. Затем читает еще одну сказку из этой книжки. Так, постепенно, прочитываем всю книжку. Ира уже не отказывается, когда ей предлагают почитать. Дома она стала слушать все сказки, которые читают младшей сестренке. Преодолев негативное отношение к книгам, стало очень легко учить Иру буквам. Сейчас Ира обучается по методу глобального чтения.

Обычно, приводя детей на консультацию, родители ждут от нас, что мы сможем сразу чему-то научить их ребенка, как правило, предпочтение отдается чтению. Для нас же важно прежде всего устано-

вить контакт с ребенком, вызвать доверие к педагогу и его окружению, желание вступать в контакт с миром, и только после этого изменять отношение к занятиям. Иногда проходят месяцы, прежде чем мы доберемся до «нелюбимого» дела и попытаемся сделать его «любимым» и желанным для ребенка.

Налаживая контакт, нужно быть очень чутким и внимательным, чтобы увидеть, насколько комфортно и спокойно чувствует себя ребенок. Для педагога существует основная опасность — неправильно определив возможности ребенка, пытаться установить с ним контакт в рамках «несуществующей» для ребенка деятельности. Взаимодействуя с ребенком на обучающих занятиях, следует учитывать свойственный ребенку темп и ритм деятельности, т.е. нельзя торопить или задерживать его при выполнении каких-то заданий. Это может оказаться болезненным для ребенка или привести к пресыщению. Устанавливая контакт с ребенком, мы стараемся не быть в «конфликте с ситуацией», не оказывать какого-либо активного влияния на нее.

Попробуем описать первые шаги взаимодействия с ребенком для разных случаев нарушения общения. Дети с полевым поведением (их внимание привлекает все, но они ни на чем не сосредоточиваются). Задача педагога — «войти в поле ребенка». Ребенок может активно перемещаться в помещении, ненадолго задерживаясь возле интересующих его предметов. В этом случае взрослый, наоборот, должен стать максимально пассивным, чтобы выступить для ребенка одним из предметов в комнате, на который ребенок обратит внимание (в противном случае он будет избегать контакта). Ребенок может подойти к Вам, вскарабкаться на колени, взять Вас за руку и отвести к интересующему его предмету. Постепенно он привыкает к лицу, рукам, голосу педагога. И важно, почувствовав изменение в отношении ребенка к вам, проявить к нему эмоциональное отношение.

Саша Б., 3 года. Девочка активно избегает контакта. Не замечает взрослого. На любые действия со стороны взрослого реагирует криком и плачем. Когда же взрослый перестает обращать на Сашу внимание, сидит без движения: успокаивается. Девочка ходит по комнате от игрушки к игрушке. Ее очень привлекают качели, но залезть на них сама она не может и к педагогу за помощью не обращается. Педагог, сидя на диване, начинает тихо комментировать происходящее: «Высоко-высоко подброшу мяч; шар полетел; а сейчас качели покачаю; тележку покатаю; зайка, садись на качели, покачаю тебя» и т.д. Можно попытаться предвосхитить события, чтобы понять,

насколько ребенок слышит вас: «Тележку покачу к тете...». Саша толкает тележку по направлению к педагогу. Педагог: «На, Саша, тележку» (тележка возвращается к Саше). Она снова отталкивает ее. Устанавливается первое взаимодействие. К концу занятия Саша берет педагога за руку и подводит к качелям. Это — просьба о помощи.

Дети, выстраивающие свое поведение на основе стереотипов, имеющие свой ритм жизни, активно отторгают любое вмешательство извне, так как это ведет к ломке выработанной ими системы поведения. Это оказывается страшно для ребенка и он старается защитить себя от вторжения (агрессия, самоагрессия, генерализованное возбуждение). В этом случае, налаживая контакт с ребенком, педагогу следует опереться на сложившиеся стереотипы. Не стоит «ломать» ритуал ребенка, мы берем за основу то, что нравится ребенку, доставляет ему удовольствие, и устанавливаем ритм смены форм занятий: например, занятие начинается с угощений — яблоки, конфеты, печенье, затем игры с водой, качели, снова сладости и т.д. Важно не допускать пресыщения, утомления от занятий, т.е. вовремя переключить ребенка с одного вида деятельности на другой, напомнить о чем-то приятном для него. Таким образом взрослый как бы включается в стереотипы ребенка и постепенно выделяется из его ритма, вносит смысл в механические действия ребенка: не просто льем воду, но делаем дождь или водяную мельницу, не просто качаемся, а едем на поезде, в метро; яблоко не просто едим, но еще угощаем медведя.

Тимур К., 5 лет. Очень любит крутить перед собой колесики. Дошел в этом занятии до совершенства. Мы попытались превратить это в осмысленную игру: «Машина едет быстро-быстро, а сейчас все медленнее, а сейчас устала — спит» и т.д. Строим гараж для машины. Катаем Тимура на машине. Ездим в гости.

Часто встречаются дети, страдающие от всевозможных страхов, с агрессивными формами поведения, навязчивыми ритуалами. С чего начинать в этом случае? Когда впервые сталкиваешься с таким ребенком, создается впечатление, что он Вас не слышит. Он очень возбужден, может постоянно о чем-то говорить. Когда педагог делает попытку привлечь его внимание, ребенок становится агрессивным, щипается, кусается, плюется, закатывает истерику. Мы пробуем строить контакт в рамках интересов ребенка, его фантазий. Но с самого начала необходимо определить для ребенка область ограничений, запретов на агрессивные действия и никогда не разрешать ребенку переходить ее границы. Как и в предыдущем случае, включаясь в игры

и фантазии ребенка, педагог старается привнести в них смысл, не быть пассивным исполнителем навязываемой ему роли.

Иногда уже на втором занятии ребенок входит в комнату без напряжения, с улыбкой на лице, ожидая встретить понравившиеся игрушки или заняться любимым делом. Взрослого он воспринимает как источник (причину) его любимых занятий. Это хороший знак для того, чтобы начать расширять (но очень осторожно!) формы контакта между ребенком и педагогом. Иногда на первом занятии нам удается разговаривать ребенка, который, со слов мамы, нигде и ни с кем не говорит, или увести от мамы ребенка, который никогда ее не отпускает, в соседнюю комнату поиграть с водой и красками.

Таня М., 4 года. Жалобы: не разговаривает со взрослыми ни в саду, ни в гостях, ни дома с маминими друзьями, гримасничает. Любит рисовать. Внимание привлекла игрушка (собака). Расположившись на полу, педагог рисует смешной портрет собаки, и при этом ведет про себя разговор: «Похоже? По-моему, не очень. Ой, какой хвост смешной. Ага, а вот теперь похоже. Эта собака очень смешная, любит всех смешить, она не лает, а хрюкает. Жучка, голос: “Хрю-хрю!”. Чей бы мне портрет еще нарисовать?» Таня активно ищет игрушку. Приносит лошадку. Педагог рисует лошадку. Разговор педагог ведет такой же, добавляя: «А как же лошадка будет говорить? Ой, а я знаю: “Мяу-мяу”!» Таня смеется. Уже сама несет следующую игрушку. Таня садится рядом. И придумывает, как говорит заяц: «Р-р-р». Потом выясняется, что собака похожа на верблюда, а лошадь на осла. И в рамках этой деятельности завязывается самый обычный разговор. Педагог ведет себя совсем не так, как это обычно делают взрослые, — не задает вопросов, не принуждает говорить.

В других случаях приходится работать долго, иногда до 2–3 месяцев, чтобы ребенок заговорил. Эта проблема решается только в индивидуальных занятиях.

Дима Б., 6 лет. Разговаривает только с бабушкой, когда они наедине. Деятельности нет никакой. Очень напряжен, застывшая маска на лице, пассивен; в момент возбуждения сбрасывает все на пол, двигательльно активен, но при этом не издает ни звука. Нам очень хотелось услышать, как говорит Дима. Попросили бабушку записать его на магнитофон. Речи как таковой не было, он просто повторял за бабушкой отдельные слова. Игры нет. К контакту стремится, но не умеет адекватно его установить: начинает сильно кого-нибудь толкать. В руки ничего не берет.

Педагогу постепенно удалось установить взаимодействие с Димой в рамках игры «Теремок». Строили дом, и разные звери из мешка приходили к теремку и просились жить в нем. В конце концов теремок не выдерживал всех зверей и разваливался, что вызывало бурный восторг. Игра проходила эмоционально; очень нравилось Диме, как квакает лягушка. Постепенно шепотом он начал квакать за лягушку, затем издавать звуки за других зверей. Начал отвечать на вопросы. Появились просьбы (сначала в комнате, где играли, затем в любом помещении и к любому человеку).

Следующий этап работы — расширение форм контакта с ребенком. Мы стараемся выявить наиболее существенную для развития ребенка на данный момент проблему, понять причины его агрессивности или самоагрессии, негативизма, тревожности, страхов, возбудимости. Стараемся создать ребенку среду, смягчающую патологические формы поведения, и одновременно помочь ему выстроить адекватные формы поведения и взаимоотношения с миром.

Одна из существенных проблем — агрессивность. Ребенок бывает агрессивен по отношению к окружающим предметам, животным, людям (детям или взрослым) и среде, его не устраивающей. Прежде всего необходимо разобраться, в чем причина агрессии:

1) Защита ли это? И от чего защищается ребенок?

Иногда мы видим, что ребенок пытается оградить себя от вторжения в его внутренний мир, от навязываемых ему действий, что он тщательно оберегает себя от разрушения извне, контакты с внешним миром для него тяжелы и опасны.

Валя С., 5 лет. При первых посещениях нашего Центра был очень агрессивен и возбужден: бил посуду, переворачивал столы, старался ударить или ущипнуть взрослого. В силу эмоционально-волевых нарушений Валя адаптировался к миру с помощью поведенческих стереотипов, им самим выстроенных. Оказалось, что ребенку непросто сразу же перенести их в новую обстановку. Поэтому, оказываясь «безоружным» в игровой комнате, Валя «защищался», разрушая и нападая. Когда взрослый пытался успокоить его, агрессия только возрастала. Тогда мы дали Вале возможность самому адаптироваться в новой среде. Постепенно ему удалось осуществить перенос стереотипных действий (игра с выключателем — должен был сам включать и выключать свет, игра в поезд — соединял вагоны, строил железную дорогу) и даже выработать новые (определенный маршрут от метро до нашего Центра, катание на качелях). Катаясь на качелях, мы на-

чали играть с Валей в станции метро. Ездили по разным линиям, объявляя остановки. Вале это очень нравилось. После «поездок» на качелях строили железную дорогу со множеством станций.

Наш первый шаг — «отойти», отодвинуться от ребенка, постепенно и осторожно налаживать с ним контакт, мы не ломаем его стереотипы, а стараемся расширить их (очень осторожно вносить новые элементы).

2) *А может быть, это форма контакта с миром и с людьми?*

В таком случае это даже нельзя назвать агрессией (поскольку внутренней агрессии нет). Все это для ребенка лишь игра.

Коля А., 5 лет, синдром Дауна. Доброжелательный, эмоциональный фон повышен. Любит эмоциональные, подвижные игры. Агрессивность возникала в процессе игры, когда ребенок перевозбуждался и не мог найти другого (адекватного) способа выражения эмоций, или во внеигровых ситуациях, как попытка привлечь к себе внимание. Мы так организовали жизнь Коли в группе, что он все время был включен в какую-то совместную деятельность со взрослыми и детьми.

Стоит правильно выстроить работу с ребенком, дать ему новые формы взаимодействия через игру, через совместную деятельность, и постепенно агрессивные действия становятся не единственным доступным для ребенка и не самым эффективным способом общения с миром и людьми.

3) *Или это влечение, желание причинить боль, разрушить все кругом, и таким образом тонизировать себя, получая от этого удовольствие?*

Кирилл К., 5 лет. Родители жалуются на неуправляемость, возбудимость, частые вспышки агрессивности; ломает игрушки, постоянно стремится ударить ребенка ногой (при этом обязательно сделать ему больно). Агрессия на взрослого проявляется обычно в речевой форме, но в местах большого скопления людей, в транспорте может ударить незнакомого человека или плюнуть.

В этом случае педагогу надо обладать сильной волей. Такой ребенок обычно хорошо чувствует, кто сильнее, а кто слабее его. Чтобы не стать объектом агрессии, взрослый вводит систему ограничений, пресекая агрессивные действия ребенка. Запрет, наказание приводят к ослаблению или даже сводят на нет агрессию по отношению ко взрослому.

Наш следующий шаг — дать ребенку иные способы поднятия психического тонуса: рисование, музыка, танцы, подвижные игры, конст-

руирование, лепка и т.д. На этом этапе необходима индивидуальная работа с ребенком. Включение в группу возможно только после того, как ребенку станет доступна какая-то созидательная деятельность.

4) Или это страх перед наказанием, которое последует вслед за разрушительными действиями ребенка?

Как и в предыдущем случае, мы рассматриваем агрессивность как одну из форм патологических влечений: ребенок боится наказания, гнева взрослого, но стремится к этому переживанию, вызывая собственной агрессией ответную со стороны окружающих. Но в этом случае мы не должны эмоционально реагировать на агрессивные действия ребенка. Наказывая же ребенка, мы сталкиваемся с тем, что агрессия не только не ослабевает, но даже усиливается. Это очень существенный момент коррекционной работы, когда мы рассматриваем агрессивность как влечение к наказанию: не подкрепляя действия ребенка, не реагируя привычным для него способом, мы помогаем ему избавиться от стереотипа поведения.

Дима Р., 6 лет. Причина обращения в Центр: агрессия по отношению к матери (кусает руки, бьет, любым способом пытается вывести ее из равновесия). В ответ на это мать сначала ругает его, а потом применяет физические наказания. Дима успокаивается на какое-то время. Затем все повторяется. Оставшись наедине с педагогом, Дима пытался воспроизвести свое обычное поведение с матерью (сильно укусил за руку). Но педагог не отреагировал на это эмоционально, и агрессивные действия не возобновились.

5) Или это желание утвердиться, стать лидером, доказав всем силу своей воли?

Ребенок — манипулятор (манипулирует окружающими с помощью своей агрессии). Агрессия помогает ему завоевать окружающее пространство, навязать свои действия окружающим.

Что педагог делает в этом случае? Основной принцип — дать ребенку реализовать свои лидерские наклонности, но не через агрессивные действия. Такая форма агрессии выявляется только в группе, в окружении других детей. И нет необходимости корректировать поведение ребенка в индивидуальной работе. Можно решить эту проблему в группе, сделав ребенка ответственным за какое-нибудь важное дело, например, поручив ему готовить помещение к занятиям, поливать цветы и т.п. При этом необходимо давать положительную оценку его действиям. Наказывать же ребенка можно только тогда, когда у вас сложились с ним доверительные отношения.

Как видно из приведенных примеров, в каждом случае педагог строит свою работу по-разному. Мы хотим, как правило, уменьшить агрессивные тенденции у ребенка. Но бывают случаи, когда агрессию просто необходимо вызвать, и мы радуемся, если ребенок начинает защищаться с помощью агрессии, направляя свои действия вовне, а не на себя.

Самоагрессия — наиболее сложная проблема, с которой часто приходится сталкиваться. Ребенок с низким психическим тонусом, а также в случаях, когда способ защиты в форме агрессии оказывается неэффективным для ребенка, он направляет агрессию на себя, защищаясь от неприятных впечатлений извне. Для повышения психического тонуса ребенка мы используем музыку, игры с водой (наполняем ванну водой, окрашиваем ее в разные цвета; делаем «водопад», фонтан — душ разного напора, пускаем кораблики), игры со свечами (дети любят смотреть на горящую свечу, накрываем ее абажурами разных цветов и т.д.). Главное — не испугать ребенка неожиданным действием, все происходит очень постепенно.

Когда самоагрессия очень сильно выражена, мы стараемся перевести ее в агрессию — т.е. сформировать новый стереотип, сделать его более устойчивым, чем первый.

Г. А., 9 лет. Занималась в группе 2 года. Иногда бывала агрессивна (щипалась, пиналась). После того как долгое время жила вне дома (у бабушки), стала вырывать волосы на голове. Самоагрессия возникла, когда девочке запрещали делать то, чего она хочет. В этом случае мы попытались самоагрессию перевести опять в агрессию. Дали Г. резиновую куклу с волосами, показали, что надо делать в минуты отчаяния. Она стала рвать волосы у куклы. Когда кукла полностью облысела, стереотип самоагрессии ушел.

Или другой вариант: прекратить то, на что у ребенка возникает самоагрессия. Как правило, следует предоставить ребенка самому себе, не вступать с ним в контакт. Можно показать ребенку другие (более адекватные) способы отказа от контакта, когда педагог видит, что, не желая продолжать общение, ребенок направляет агрессию на себя. В этом случае взрослый «разыгрывает» перед ребенком сцену, демонстрируя то, как он ведет себя в подобной ситуации (взрослый: «Не хочу больше, не буду. Уходи!» и т.д.).

Тяжелее всего справиться с самоагрессией у детей со сниженным интеллектом, так как очень сложно ввести новые стереотипы поведения, или расширить старые.

Илья К., 8 лет. Тяжелейшая форма самоагрессии, кусает до кости (до кости) руки. Мама связывала руки, начинал кусать плечи и колени. Самоагрессия превратилась в самоцель (так как руки были постоянно связаны), во влечение. В тяжелые периоды ходил постоянно со связанными руками. Наши действия: мы пытались снять этот стереотип, т.е. поднимали тонус (игры с водой, свеча, мяч, стихи) и одновременно развязывали руки и держали их. Несмотря на то что активное внимание было приковано к вертящейся водяной мельнице, пытался вырвать свои руки из наших, что ему не удавалось. Но при этом не было сильного крика и испуга (как в случае, если бы просто развязали руки и держали их, не отвлекая от них внимания).

Иногда в напряженной для ребенка ситуации (очень много суеты, новых лиц, неожиданных новых действий) самоагрессию можно снять, объяснив ребенку, что происходит. При этом надо постараться вместе с ним эмоционально пережить происходящее, проговорить, затем постараться увести ребенка в более привычную обстановку и заняться приятным и знакомым делом.

Андрей Д., 6 лет. Самоагрессия проявляется в том, что начинает бить себя по голове, кричать (в крике — страдание). Склонен к страхам (страх вызывает любая неразрешимая для него ситуация). В момент самоагрессии уводили его в любимую комнату, где самоагрессия переходила в агрессию (как правило, начинал рвать бумагу и книги). При этом педагог старался переключить внимание Андрея на рисунок, который рисует (педагог). Любимая тема и ситуация: Андрей в безопасности лежит под одеялом, горит лампа на столе. Бабушка рассказывает сказку и поет песню. Педагогом эмоционально вслух обсуждается эта ситуация безопасности. Андрей садится рядом, берет карандаш и начинает помогать раскрашивать и рисовать. Тут же подсказывает, что необходимо еще нарисовать (тапочки под кроватью, лужу за окном и т.д.) Напряжение уходит. Педагог поет колыбельную песню. Андрей помогает. Ребенку становится спокойно, безопасно. Он расслабляется, отдыхает.

Часто педагогам приходится сталкиваться с «неуправляемыми» детьми. Они все время вертятся на занятиях, смеются без причины, воспринимаются как невоспитанные, требующие постоянного контроля со стороны взрослых. Но контроль и ограничения не помогают, а, наоборот, вызывают упрямство, агрессивность, слезы, истерики.

Причин, вызывающих расторможенность и повышенную возбудимость, множество. Часто эти явления сочетаются с психической

незрелостью, следствием чего является отставание в эмоционально-волевом развитии, отсутствие контроля и критики, нечувствительность к переживаниям окружающих. Что делать педагогу, столкнувшемуся в работе с таким ребенком? Ни в коем случае не раздражаться! Работа направлена на формирование у этого ребенка чувства ответственности, его не надо наказывать, кричать на него. Запреты и наказания формируют патологические формы поведения, иногда возникают страх, тревожность; при этом ребенок сам не может удерживать себя в определенных рамках. Работа с такими детьми очень кропотливая, требующая терпения. Главное — все время поощрять даже слабые попытки вести себя «по-другому». На такого ребенка (если у вас с ним уже сложились доверительные отношения) можно и «обидеться», объяснить ему, почему взрослый не одобряет его поведения. Ничего, что он через 5 минут забудет об этом и все начнет сначала: вы можете сказать, что в течение этих 5 минут он был очень внимателен, хорошо играл, помогал и т.д. Если ребенок слишком мешает работе в группе (хохочет, поет, бегает, разговаривает), можно спокойно, чтобы ребенок не воспринял это как наказание, отвести его в другую комнату, где бы он занимался с помощником педагога тем, что делают остальные в группе.

Бывает так, что к нам приходит возбудимый, тревожный ребенок, у которого уже сформировался стереотип наказания: он знает, что если его выводят из класса (группы), значит, хотят наказать. И он панически боится выйти из класса. Начинаются крики, слезы, истерики. Но стоит его оставить в классе, как через две минуты он возвращается к первоначальному поведению — поет вслух, плюется, сбрасывает пособия со стола. Что же нам делать в этом случае? Если мы все-таки хотим наказать ребенка, мы должны вывести его из класса, несмотря на все его активные протесты. Но это средство слишком неэффективно для того, чтобы научить ребенка адекватным формам поведения. У нас другая цель. Так что постараемся справиться с ним в классе (группе) или будем заниматься с ребенком сначала индивидуально, если есть ощущение, что он очень труден для групповой работы. (Желательно, чтобы индивидуальные занятия проводил тот же педагог, который работает и с классом.) В индивидуальной работе, прежде всего, необходимо достичь доверия со стороны ребенка (тогда и наказание будет действенным, но не увлекаться!)

М. Н., 6 лет, очень расторможена, суетлива, постоянно говорит, собеседника не слушает, в речи перескакивает с одного на дру-

гое, внимание почти ни на чем не задерживается, нет целенаправленной деятельности — не играет, не рисует, не обслуживает себя. Контакт очень формальный. На любые попытки ввести ее в какие-то рамки дает агрессию — визжит, кричит, замахивается кулаками, ругается (вплоть до нецензурных слов). Эмоциональный фон в основном, повышен. Носит за собой куклу и дамскую сумочку, любит смотреть в зеркало. Мы начали взаимодействие именно через ее куклу. Это была ее «дочка Катенька» (так назвал куклу педагог). Педагог предлагает игру: поход в гости. Наряжает Катеньку (наряд выбирает М.). М. постоянно стремится уйти из сюжета — хватает новые игрушки, достает все из шкафа (книги, бумаги), разбрасывает по комнате — особенно на первых двух занятиях. Но педагог настойчив, терпелив и эмоционален! Он все время пытается вернуть М. в игру («Ой-ой, мама дочку бросила», «Дочка плачет: Где моя шапочка?» и т.д.). Затем наряжает М. (она очень любила наряжаться в невесту: тюль на голову, длинная юбка, берет и какой-нибудь бант). Долго рассматривает себя в зеркале. Подражает какой-то взрослой деловой даме. На последующих занятиях праздновали день рождения Катеньки или Новый год — любимый праздник. Делали Катеньке подарок — рисовали именинный торт со свечами и розами. До этого М. невозможно было усадить за стол — она визжала, вырывалась, ругалась. К ней возвращалось хорошее настроение, как только ей позволяли делать то, чего она хочет. Но, когда делали торт и варили компот, можно было удержать внимание в течение 2–3 минут. Постепенно М. начала сама брать кисточку в руки. Подражала действиям педагога. Ей трудно было усвоить порядок работы с красками (вода – краска – бумага – вода –). Но мы и это преодолели. М. начала рисовать. А как нравились ее рисунки Катеньке!

Через полгода девочку невозможно было узнать. Она могла сосредоточиваться и играть, не выходя из сюжета, уже 20 минут. Стало возможным заниматься с ней в группе. Чтобы преодолеть возникающие поведенческие проблемы, мы поощряли стремление М. «быть взрослой» (ей очень нравилось раздавать пособия, накрывать и убирать со стола).

Костя Б., 6 лет. Возбудим, неадекватен в поведении, контакт формальный, много страхов (в том числе и страх быть наказанным); очень суетлив, двигательного расторможен, в глазах — тревога. Спокоен, когда играет один (конструктор, машины, паровозы). Возбуждение возникает в момент присутствия других детей, незнакомых

взрослых. Появляется дурашливость, хохот, Костя начинает выкрикивать какую-нибудь фразу, громко петь. Трудно переключается с игр на занятия (по-видимому, занятия связаны с отрицательными эмоциями: боится быть неуспешен в выполнении задания). Иногда сам про себя говорит — «Боисься», — хотя намного лучше других детей справляется с заданиями. Мы нашли для себя способ помочь ему сделать этот трудный переход. Прежде всего надо было привести мальчика в состояние покоя: «Костя, как руки должны лежать? Ноги стоят спокойно?» Тут же ребенок становится более внимательным, сосредоточенным. Можно работать. В течение урока нужно напоминать ему об этом несколько раз, и это частично снимает проблему. А все призывы успокоиться приводят к еще большему возбуждению (Костя просто не знает, как себя успокоить).

Иногда нам приходится решать проблему генерализованного возбуждения, которое возникает у ребенка как реакция на неправильный контакт с ним со стороны взрослых или детей. В основе такого возбуждения лежат тревожность и страх (в предыдущем случае с Костей описана похожая картина). Такое состояние возникает у детей, очень чувствительных к переменам, постоянно ожидающих опасности, имеющих отрицательный опыт вхождения в новую среду, или в свое время переживших сильный испуг, или у детей со стереотипными формами поведения, оказавшихся в ситуации ломки стереотипов.

Возбуждение в данном случае возникает как ответ на эмоциональную реакцию, переживаемую ребенком. В такие минуты ребенок нас не слышит, не видит, он «скачет, как сумасшедший, смеется, забирается на стол, прыгает оттуда, повторяет одну и ту же фразу, кричит, на лице — настоящий ужас» (со слов одной мамы). Или у него усиливаются стереотипии, аутостимуляции, иногда проявляются агрессия и самоагрессия.

В этом случае необходимо готовить ребенка к разным событиям в его жизни, обязательно рассказывать, что его ожидает в том или ином месте, как к нему отнесутся дети и взрослые, что он будет делать и как долго. То есть надо заранее попытаться объяснить ребенку ожидаемое событие. Такие дети с трудом самостоятельно осваивают пространство. Их надо провести по всему помещению, рассказать, где что стоит, какие есть игрушки, в какой комнате чем занимаются. При этом, опять же, в своем рассказе предвосхищая показ. В случаях, когда ребенок уже сильно напуган, можно отвести его к воде — это самое успокаивающее средство, или включить музыку и оставить

ребенка одного. Но не пытайтесь успокоить его прямым к нему обращением. Это вызывает еще большую тревогу. Иногда приходится выйти с ребенком на улицу и погулять. Когда ребенок сильно напуган, мы проговариваем с ним причину его испуга, обсуждаем, что он будет делать дальше: «Поиграй, а я поговорю с мамой. Тебя никто не обидит. Ты будешь только играть (слушать музыку, качаться и т.д.). А через 10 минут вы с мамой пойдете гулять (домой)». Как правило, такие состояния возникают у ребенка на самых первых занятиях. Но могут и повторяться в дальнейшем при любых, незначительных для нас, переменах привычной для ребенка ситуации (появился новый человек и заговорил с ним, пришли другие дети, взрослые попытались что-то переменить в задании). У таких детей в течение долгого времени может сохраняться состояние напряжения. Они настолько напряжены, что в минуты комфорта, безопасности могут расслабиться и заснуть (например, на привычных, уже ставших безопасными занятиях с педагогом, после переживания тяжелой дороги, вхождения в здание, встреч с различными людьми). Как можно снять напряжение, в любую минуту готовое перейти в генерализованное возбуждение? Опять же с помощью повышения тонуса, изменяя физическое (подвижными играми, «возней», «борьбой», раскачиванием, кружением, подбрасыванием и т.д.) и психическое состояние ребенка (придумывая разнообразные сказки и ситуации, где ребенок выступает в роли героя, где он храбрый, сильный, всех спасает, объясняя происходящие события и роли ребенка в них).

Стасик Ч., 5 лет. Очень тревожный. Отказывается от контактов с детьми (последствия детского сада) и с женщинами «не хочу видеть тетек». Отказывается от любых действий, связанных с опытом, пережитым в детском саду (не будем обедать, не будем спать, не пойдём в зал и т.д.). Любое направленное к нему настойчивое обращение (специалисты, ранее обследовавшие Стасика, пытались добиться от него каких-нибудь знаний), вызывает реакцию генерализованного возбуждения, на основании чего делались самые жесткие заключения (вплоть до постановки психиатрических диагнозов). Состояние тревоги мешает Стасику включиться в любую целенаправленную деятельность. Собственная речь становится несвязной, ребенок повторяет речь окружающих (эхолалии). Действия тоже несвязные, движения суетливые, часто неадекватный смех. Никак не выражает собственные желания. Инициативы нет. Ребенок испуганно на все соглашается. «Рисовать — так рисовать» (делает несколько маз-

ков кисточкой), «лепить — так лепить» (ломает пластилин) и т.д., хотя прекрасно умеет это делать. «Обреченно» делает все, что ни попросят (с чувством внутреннего страха). Нам известно, что Стасик любит качели. Мы начали катать его на качелях, одеяле, играть в мяч, раскачивать за руки, за ноги, кружить, катать по полу в одеяле. Все эти развлечения ребенку очень понравились. Он начал сам просить покачать его. После них идем рисовать (рисуем какой-нибудь героический сюжет про Стасика). В деятельности много стереотипий (определенный сюжет, рисует одно и то же, любое отклонение от стереотипа вызывает тревогу). Но может сам отойти от созданного им стереотипа, если предварительно проговорить с ним тему будущего рисунка.

Мы описали страх новой среды (в предыдущем примере). Часто у детей возникают страхи перед злыми сказочными персонажами, животными, определенными людьми, загадочными звуками, различными объектами окружающей среды. Такой страх не может изжитьсь ребенком самостоятельно. Он принимает форму влечения. Ребенок постоянно говорит об этом, играет в это (в то, чего он боится), его тянет к этому предмету или человеку, который внушает страх. Это может быть и книга, и унитаз (горшок), и волк, и тетя-соседка, и шприц, и дядя-сантехник. Часто ребенок рисует то, чего он боится (рак, паук, пожар, автокатастрофа, больница и т.д.). Дети часто играют в больницу, школу, бандитов и т.д. Они в игре изживают свои страхи (делают непонятный опасный мир своим, приближают эту страшную ситуацию к своему миру и приобретают опыт ее разрешения). Наши дети с нарушением общения и эмоционально-волевой сферы не могут разрешить для себя страшную ситуацию, их психический тонус недостаточен для того, чтобы преодолеть то состояние страха и тревоги, которые внушает «опасный» объект (ребенок не вмещает его в свой мир, следовательно, он не становится привычным и безопасным). Но этот закрепившийся неизжитый страх мешает адекватно выстраивать взаимоотношения с миром, он постоянно будоражит сознание ребенка, вся психическая активность уходит на борьбу со страхом, но нужный результат не достигается. Страх приобретает форму влечения.

Что же мы делаем в таком случае? Мы пытаемся помочь ребенку разрешить, пережить опасную ситуацию, превратить ее в безопасную. Это хорошо делать в игре, в рисунке, иногда достаточно придумать хорошую концовку, и это помогает ребенку избавиться от страха перед какой-нибудь картинкой в книжке.

Петя Б., 5 лет. Вернулся летом от бабушки из деревни, где был крутой обрыв, который, по-видимому, внушал ужас. Ребенок приехал в тяжелом депрессивном состоянии. Часто кричал, плакал, рыдал в голос. При этом начинал вскрикивать: «Обрыв! Обрыв!». Возникло состояние генерализованного возбуждения. Мы начали рисовать овраг с обрывом (рисует педагог, Петя находится рядом). Затем подъезжали грузовики с землей и засыпали овраг (все это изображалось в рисунке). Обрыв исчезал. Так мы проигрывали ситуацию несколько раз. Постепенно страх перед обрывом исчез. Остались страхи, вызванные сменой ситуации, новым помещением (эту тревогу мы снимаем предвосхищением событий в рассказе).

Вика Г., 5 лет. Страх высоты. Высота одновременно и пугает, и привлекает ее. Вика много времени проводила на лестничной площадке, глядя вниз, в пролет. Доводила этим себя до крика, визга. Невозможно было оторвать девочку от лестницы, увести ее в группу. Педагог начинал вместе с Викторией «играть» на этой лестнице (предварительно оговорив время игры — около 30 минут). Они запускают самолетики. Потом делают парашютиста, который бесстрашно прыгает вниз. Через 30 минут игра оканчивается и Вика уходит в группу. Так продолжалось в течение месяца. Затем интерес (страх высоты) к лестничной клетке пропал.

Костя Б., 7 лет. Боится наводнения. В любом помещении подходит к батарее и говорит о лопнувших трубах, о том, как затопит всю квартиру. Никому не удастся переключить его на что-то другое. Мы вместе начинаем проигрывать варианты спасения: делаем из стульев корабль, надуваем мяч, плывем на нем и т.д. Когда появляется возможность выхода из страшной ситуации, страх исчезает.

Не всегда легко определить, чего боится ребенок, когда страх не проявляется как влечение к определенному объекту, ситуации. Однако ребенок тревожен, беспокоен. Со слов мамы узнаем, что когда-то у ребенка был сильный испуг, и он начал, например, заикаться, или появились ночные страхи (просыпается, плачет), энурез, но сейчас этого нет. Причиной испуга может быть гусь или собака (у Димы Л.), сантехник (у Оли К.), резкий звук (у Вали Д.). И опять для изживания страхов мы используем игровые ситуации или рисование с рассказом.

Работа со страхами направлена не на то, чтобы убедить ребенка, что нет опасности, нет оснований чего-либо бояться, или упрекать ребенка в трусости. Это еще больше усиливает тревожность. Ребенок в таком состоянии нас просто не слышит. Он весь сконцент-

рирован на своих переживаниях. Взаимодействие с таким ребенком может быть эффективным только в рамках его переживаний, его влечений, его страха. Тогда он начинает нас слышать и принимать те «средства спасения», которые мы предлагаем. Подробнее о страхах и о работе с ними можно прочитать в [9].

Часто педагоги сталкиваются еще с одной проблемой — проблемой демонстративного поведения, когда ребенок во что бы то ни стало хочет обратить на себя внимание и использует для этого любые средства: ложь, дурашливость, добивается своего визгами, криками, бросается на пол, стучит ногами и т.д. Эти дети, несмотря на бурные эмоциональные проявления, как правило, эгоистичны, не критичны по отношению к себе, их переживания поверхностны. Для нас очень важно не пойти на поводу у такого ребенка, не дать ему утвердиться в том, что с помощью демонстративных проявлений можно добиться желаемого результата, таким образом манипулировать людьми. Такое поведение — не защита, а способ «завоевания» пространства и самоутверждения, желание подчинить себе окружающих. Демонстративные реакции возникают при столкновении с каким-нибудь запретом, барьером, и ребенок как бы пробует на прочность этот барьер. Такой ребенок, конечно, очень напрягает атмосферу в группе, и педагог ищет различные способы предотвращения этих ситуаций. Ребенок же, обычно, очень хорошо чувствует ситуацию и начинает «демонстрацию» в самый неподходящий момент.

Настя К., 6 лет. Ярко выраженное демонстративное поведение. В семье — манипулятор. Справляется с ней только старшая сестра (16 лет) «дедовскими» методами — подзатыльники и т.д. Настя «заводит» с полоборота», требует своего (топает ногами, прыгает, кричит). Ее поведение и с незнакомыми людьми через некоторое время напоминает поведение королевы, остальные — свита и прислуга. Настя часто устраивала настоящую истерику из-за потерянной ею вещи. Обычно это вынуждало взрослых бросаться на поиски пропажи, лишь бы как-то успокоить ребенка. На занятиях Настя требовала, чтобы ей дали понравившуюся игрушку (опять крик и рычание), соглашалась делать только то, что ей нравится. Для нас было важно выдержать первый напор и не сломаться под его давлением. В первые же дни занятий у нас произошел конфликт из-за тетрадей, которые Настя принесла для занятий. Обычно дети не уносят тетради домой — это правило жизни нашей группы. Настя не захотела оставить их и активно настаивала на своем. В присутствии дедушки, который пришел за ней,

протест перерос в истерику (Настя знала, что он не выносит ее крика и очень переживает). Хотя вопрос о тетрадах не является столь принципиальным для нас, в случае с Настей он должен был быть решен в нашу пользу. Для педагога это трудная задача: нельзя уступать, и нельзя «ломать» ребенка (в последнем случае он будет вымещать обиду на своих близких). Нужно научить ребенка правильным формам общения и контакта (умению договориться, чувствовать другого человека и считаться с его желаниями и чувствами, терпению).

Прежде всего педагог увел Настю в отдельную комнату (но крики раздавались по всему Центру, и это было напряженно и для детей, и для бабушки) со словами: «Я буду с тобой разговаривать и решать этот вопрос, когда ты успокоишься». Это было сказано очень твердо, но без раздражения и злости. Крики продолжались, Настя топала ногами, кричала: «Я уже успоко-о-о-и-илась...» и продолжала визжать. «Нет, Настя, ты успокоишься, когда перестанешь кричать и будешь со мной нормально разговаривать». Педагог, не обращая внимания на Настю, занимается своим делом (можно, конечно, выйти из комнаты, но пока не знаешь, на что способен ребенок в таком состоянии, лучше этого не делать). Крики продолжались минут пять. Педагог уже не реагировал никак. Постепенно крики пошли на убыль. С Настей уже можно было разговаривать. Педагог: «Тетради я не могу дать тебе домой, но ты можешь выбрать какую-нибудь игрушку и взять ее с собой поиграть, а на следующее занятие обязательно ее принеси». Настя выбирает клоуна и идет одеваться, совершенно спокойно, как будто ничего и не было.

Конечно, во время групповых занятий педагог не может позволить Насте кричать, а себе — не реагировать на этот крик. Здесь уже другая тактика: «педагог-командир», который внутренне всегда готов к бурным проявлениям со стороны такого ребенка, каким бы славным он ни казался в данный момент. Можно и прикрикнуть, и хлопнуть ладонью по столу или в ладоши. Если ребенок почувствует Вашу силу, то он будет уважать Вас и прислушиваться к Вам. Конечно, как и в любом другом случае, требуется очень кропотливая работа, чтобы сформировать адекватное поведение.

Если ребенок мал, то лучший способ справиться с истерическими реакциями это, конечно, не запрет и не наказание, а переключение. Так же мы действуем и в случаях демонстративных проявлений у детей со сниженным интеллектом. Очень хороши здесь ритмические упражнения под музыку, т.е. перевод генерализованного возбуж-

дения в упорядоченные движения, которые успокаивают ребенка. Но ни в коем случае нельзя дать ребенку добиться своего с помощью демонстративных форм поведения. В случае с Настей с каждым разом требовалось все меньше времени для «успокоения». В конце концов ребенок начал разговаривать, а не кричать. С ней уже можно было договориться обо всем (в том числе и о том, чтобы не обижать бабушку). Для нас существует еще одно правило: не выпроваживать ребенка в состоянии истерики, не торопиться одеть его и отдать родителям. Ребенок должен уходить домой в хорошем настроении (любимым, прощенным и удовлетворенным).

Как видно из всех вышеприведенных примеров, неадекватные формы поведения и установления взаимоотношений с миром направлены или на завоевание окружающей среды, или они являются самоцелью для ребенка (влечение); это выясняется в индивидуальной работе с ребенком. Мы пытаемся сгладить поведенческие проблемы, понять, какие условия среды способствуют положительному развитию, и каким образом выстроить взаимоотношения с ребенком.

Начальный этап занятий художественным творчеством

а) Индивидуальные занятия

Когда в Центр приходит новый ребенок с нарушениями общения и эмоционально-волевой сферы, педагогу каждый раз приходится решать трудную задачу. Он должен научиться общаться с незнакомым и, как правило, очень трудно вступающим в контакт ребенком. Для этого бывает важно найти какую-нибудь совместную деятельность, которая нравится и ребенку, и педагогу. Выбор такой деятельности зависит от интересов ребенка; это могут быть музыкальные занятия, игры, танцы. Для многих детей первым «мостиком», связывающим их с педагогом, становится какая-то продуктивная деятельность: рисование, лепка, составление аппликаций и др. Разнообразие материалов и форм работы позволяет подобрать для каждого ребенка что-то подходящее. Важно, чтобы эти занятия были интересны и доступны ребенку (например, ребенок с плохой тонкой моторикой не может рисовать тонкой кисточкой мелкие детали; болезненно аккуратный ребенок не сможет испачкать руки в глине и т.п.). Поиск интересного для ребенка вида творчества может проходить по-разному.

Если у ребенка есть любимая тема для разговора или любимые предметы (паровоз, машина, ведро, чайник, шляпа, лошадь или что-

то другое), ему может понравиться самому делать или изображать их. Обычно это можно делать с детьми, которые умеют говорить и как-то словесно выражают свои интересы, например, произносят вслух строки из любимых стихов и сказок. Если занятие увлечет ребенка, можно повторять его много раз, постепенно развивая сюжет.

Опишем некоторые способы организации таких занятий.

Рисование. Рисовать лучше на больших листах (обычно мы разрезаем ватманский лист пополам) на полу или на стене, то есть в естественном зрительном поле ребенка. Мы рисуем гуашью, выбирая не очень резкие цвета или добавляя в них белила. Размер кисточки зависит от индивидуального стиля ребенка — есть дети, рисующие крупные фигуры широкими линиями, а есть дети, которых интересуют мелкие детали. Часто бывает, что ребенок хочет изобразить интересующий его сюжет, но не может нарисовать его похоже и из-за этого расстраивается. Тогда нужно организовать занятия так, чтобы ребенку не приходилось рисовать формы, которые у него не получаются. Можно рисовать рукой ребенка, но при этом важно следить, чтобы он смотрел на картину и не терял к ней интереса. Можно нарисовать контур какого-то предмета (машины, дома, паровоза), а ребенок будет закрашивать его. Если у него не получается закрашивать аккуратно, можно, чтобы он раскрашивал вырезанные из бумаги фигуры. После высыхания они наклеиваются на большой лист и получается сюжетная картина.

Для рисования нужно особенно тщательно подбирать цвета. С детьми, которые любят насыщенные цвета и резкие границы, мы рисуем гуашью. Чтобы получить мягкие тона, мы добавляем в краски много белил. Нужно учитывать, что некоторые дети очень сильно реагируют на определенные цвета. Например, черную и темно-коричневую краски нужно всегда использовать с осторожностью. Детям, которые любят нежные, прозрачные цвета, лучше рисовать жидкой акварелью. На листе при этом может быть нарисовано что-то карандашом, тогда после закрашивания рисунок будет виден.

Рисование на зеркале — очень интересное занятие для детей с нарушениями общения. Часто эти дети любят смотреть в зеркало, трогать его, играть со светом. Мы закрашиваем зеркало жидкой глиной или краской (рукой ребенка или губкой), потом берем чистую губку и проводим в краске «дорожки», в которых появляется отраженные лица ребенка. Можно показывать и говорить ребенку: «Вот по»

явился глаз, вот еще один глаз». Постепенно все изображение очищается от краски. Для рисования руками лучше всего использовать специальную краску для рук, так как она не раздражает кожу. Если ее нет, можно рисовать гуашью, но сразу после рисования мыть руки.

Интересно рисовать и закрашивать с детьми орнаменты (на вазах, ковриках и т.д.). Для некоторых детей рисование плавных, ритмически повторяющихся линий — очень приятное занятие. Орнаменты можно рисовать не очень толстой жесткой кистью, мелкими или карандашами. Можно вначале использовать вырезанные из картона лекала, чтобы рука ребенка научилась делать нужные движения.

Можно делать картины при помощи штампов. Самый простой штамп — это ладонь ребенка. Она красится краской и отпечатывается на бумаге. Можно покрасить все пальцы в разные цвета. Очень интересно красить кленовые листья с тыльной стороны и отпечатывать их на бумаге. Можно красить и отпечатывать фанерные или картонные фигурки.

Аппликация. Изготовление аппликаций увлекает очень многих детей, потому что при этом быстро получается красивая композиция и не требуется таких тонких моторных навыков, как при рисовании и лепке. Можно, чтобы педагог сам вырезал сложные фигуры (людей, животных, деревья, чайники, самовары, ...), а ребенок более легкие, состоящие из прямых линий (дома, машины, автобусы, ...). Можно держать руку ребенка в своей и помогать ему резать, так как у детей часто не хватает сил резать плотную бумагу. Мы делаем аппликации из разных материалов: из цветной бумаги, которая наклеивается на большой лист белой бумаги или картона; из кусочков ткани, которые приклеиваются на кусок холста или мешковины клеем ПВА. Для аппликаций обязательно нужны легкие и нетугие ножницы с большим колечком, в которое ребенок сможет поместить все 4 пальца. Ребенку будет удобнее, если лист или кусок мешковины висит на стене довольно далеко от стола, за которым он мажет клеем картинку. Тогда, пока ребенок идет с очередной картинкой к листу, он обязательно видит его целиком. Ребенку гораздо легче расположить фигурки на листе, находящемся в его зрительном поле вертикально, чем на листе, лежащем на столе. Иногда ребенку дается не просто чистый лист или кусок мешковины, а такой, на котором уже что-то наклеено или нарисовано. Например, на ткани может быть нарисовано дерево, а дети наклеивают на него листья, или уже есть гора и дорога, а

остальное дети придумывают и наклеивают сами. Такой прием облегчает задачу ребенка.

Можно делать аппликации из кусочков цветной бумаги. На листе должна быть нарисована карандашом какая-то картинка, которая может быть пестрой (петух, попугай, дом, ...) большого размера. Цветная бумага рвется или режется на мелкие кусочки (если дом, то лучше резать, получатся кирпичи, а если попугай — то лучше рвать, получатся перышки). Дети макают кусочки бумаги в блюдечко с жидким клеем (если бумага гуммированная, то можно макать просто в воду) и заклеивают ими всю картинку.

Некоторым детям интересно делать коллажи из журнальных картинок. Для этого из журналов вырезаются картинки, желательные интересные для ребенка (например, паровозы или часы). Можно делать тематический коллаж, например, выбрать все картинки, связанные с едой. На таком коллаже может находиться фотография повара, изображения разных блюд, посуды и т.д. При этом не обязательно должна получаться сюжетная картина, у ребенка здесь больше самостоятельности. Он выбирает из уже имеющихся картинок те, которые ему нравятся, и располагает их на листе так, как захочет. Он может наклеивать их криво, косо, вниз головой. При этом интересно следить, чтобы полученная композиция красиво размещалась на листе, т.е. чтобы при работе ребенок видел весь лист, а не наклеивал все картинки друг на друга. Для этого тоже лучше повесить лист на стену.

Конструирование объемных фигур. Еще один интересный вид деятельности — склеивание объемных фигур из картона. Можно делать и красить домики из картонных коробок. Можно склеить любимую ребенком вещь, например цилиндр или коробку для мусора. Из разного подручного материала можно делать мечи, щиты, телевизоры, т.е. то, с чем ребенок потом будет с удовольствием играть.

Лепка. Мы лепим из глины и из пластилина, в зависимости от того, что предпочитает ребенок и насколько у него сильные руки. Пластилин привычнее для детей, но он менее приятен для рук и из него труднее лепить, потому что он твердый. Обычно мы лепим то, что ребенок любит — посуду, лошадей, паровозы. Почти всем детям нравится лепить избушки из бревен — это технически просто и очень красиво. Избушку может сделать любой ребенок, т.к. для этого нужно только накатать много колбасок — бревен. Потом из них склады-

вается четырехстенная избушка. Двускатная крыша делается из раскатанного скалкой листа глины. Окна и двери прорезаются ножом.

Если ребенок не может заниматься никакой упорядоченной деятельностью, с ним все равно хорошо лепить из глины. Можно отрывать от большого куска глины маленькие кусочки и кидать в ведро или налеплять на дощечку (делать гору). Можно делать вмятины в мягкой глине, мять ее в руках. Глину можно размазывать по доске, по стене или по зеркалу.

Вышивка. Для вышивки нужно взять большой кусок мешковины, большую вышивальную иглу и много разноцветных толстых ниток для вязания (лучше шерстяных, так как их приятнее брать в руки). Можно дать ребенку иголку с ниткой и разрешить вышивать, как он хочет. Потом можно дать другому ребенку нитки другого цвета и предложить продолжить начатую вышивку. Нужно следить за сочетанием цветов, и тогда в конце получится красивая работа, которую можно повесить на стену. Если ребенок любит ритмичные повторяющиеся движения, можно научить его вышивать одинаковыми ровными стежками.

После того как у ребенка и педагога появились какие-то общие интересы и занятия, можно постепенно развивать их, предлагать ребенку какие-то новые виды деятельности, объединять 2–3 детей для выполнения общей работы. Например, можно делать общую аппликацию, изображающую город: каждый ребенок приклеивает свой домик, потом дети рисуют между домами дороги, на дорогу приклеивают машины, в каждый дом поселяется по человечку и т.д.

Можно строить объемные замки или города на листе толстого картона или фанеры. Такой город делается понемножку разными детьми в течение нескольких месяцев. Педагоги вырезают и склеивают домики, дети красят их или обклеивают цветной бумагой, приклеивают крыши к домикам и домики к «земле». Делаются дороги и реки (из тряпочек, фольги, мелких камешков или гороха — получается гравий). Трава или снег делаются из ваты (можно покрасить ее). Можно делать по-другому: размазать по «земле» пластилин, потом посыпать солью или мукой, а сверху покрасить гуашью. Если посыпать солью, получаются крупинки. Деревья можно делать из палочек или веточек, а листья из зеленой ваты или толстых ниток. Если город новогодний, можно сделать посередине елку. Если провести настоящую елочную гирлянду так, чтобы лампочки оказались внутри домов,

получится очень красивый вечерний город. Жители лепятся из глины. Машины, санки, паровозы клеятся из картона, так же, как дома, и красятся.

Вообще, Новый год — очень привлекательная тема для всякой ручной деятельности. Почти у всех детей, даже очень «тяжелых», слова «Новый год» ассоциируются с чем-то приятным. Можно делать снежинки (например, ребенок складывает квадратный лист бумаги вчетверо, а прорезать дырочки может и педагог). Елочные игрушки хорошо делать из скорлупок от грецких орехов, обернутых фольгой: шарик, черепаха (голова, лапы и хвост делаются из пластилина или цветной бумаги), птичка, которая вырезается из картона и красится, а крылья делаются из ореховых скорлупок, обернутых фольгой. В ореховые скорлупки можно вставлять свечи, пускать их в миску с водой и зажигать — получается красиво и празднично.

Можно делать фонарики: в картонной коробочке прорезаются окошки, заклеиваются цветной прозрачной пленкой или промасленной цветной бумагой, фонарик вешается на ниточку, а в него осторожно вставляется лампочка или свечка. Под свечку на дно фонарика положите кусочек фольги.

Приведем в качестве иллюстрации составленное педагогом описание того, как проходили занятия рисованием с одним из детей в течение нескольких лет.

б) Как мы рисовали с Артемом

Когда я в первый раз увидела Артема, ему было 4 года. Он не умел говорить и не обращал внимания на других людей, так что его родители долго думали, что он глухой (на самом деле он слышал нормально). Почти единственным его занятием была такая игра: он ставил кубики на полу в ряд, оставляя между ними промежутки сантиметра по 2–3. Потом он ложился на пол и смотрел в щели между кубиками. Этим он мог заниматься часами. Мне стало интересно, что ему в этом так нравится, и я тоже попробовала лечь на пол и посмотреть в щель между кубиками. Оказалось, что это очень интересно — видишь только часть комнаты, но если чуть-чуть изменить угол зрения, картинка сразу меняется. Вообще, я считаю, что мне удалось чего-то достичь с Артемом только потому, что его странный мир, казавшийся всем бессмысленным, стал для меня интересным и привлекательным.

В это время Артем еще совсем не умел рисовать самостоятельно — он мог только срисовать чужую картинку, причем делал это очень

быстро и точно. Через некоторое время он вдруг начал рисовать картины, состоящие из ломаных линий, соединявшихся между собой. Артему было важно, чтобы не оставалось свободных концов, и он соединял концы линий и вершины углов новыми линиями. В результате получался лист, разделенный на разные многоугольники. Я эти картины очень хвалила. Обычно Артем сидел на полу и рисовал гуашью на большом ватманском листе, а я сидела рядом и восхищалась особенно красивыми линиями. Артем меня не прогонял и, кажется, был даже доволен тем, что кто-то разделяет его интересы. Через несколько занятий он даже разрешил мне рисовать с ним вместе. Если ему не нравилось то, что я делаю, он убирал мою руку, но когда мне удавалось попасть в тон, у нас получались очень красивые картины. Я вешала их на стены, и Артем подходил и смотрел на них. Мама Артема не любила абстрактной живописи, и ей наши картины не нравились, но все педагоги так ими восхищались, что постепенно и она стала относиться к ним лучше.

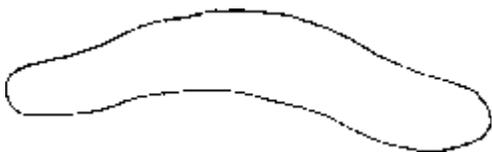
Постепенно я заметила, что линии в картинах Артема становятся не угловатыми, а более плавными. Появились волнистые и круглые формы. Мне это показалось хорошим признаком.

Потом Артем начал закрашивать участки листа между линиями. Рисунок из графического превратился в живописный и стал напоминать лоскутный коврик. В этот период у Артема стали проявляться предпочтения к определенным цветам: он очень не любил желтый цвет (если я рисовала что-то желтым, он закрашивал), а предпочитал красный, темно-синий, коричневый и черный. Обычно он начинал рисовать разными цветами, но когда ему попадалась черная или коричневая краска, он закрашивал ей все остальное. Потом он, как правило, позволял мне закрашивать черные места белой краской.

Постепенно от «лоскутных ковриков» с контрастными цветами Артем перешел к картинам, написанным в мягких и светлых тонах с более плавными переходами между цветами.

Надо сказать, что вместе с выходом из своего замкнутого внутреннего мира в наш обычный мир Артем перестал рисовать свои абстрактные картины. Его больше не интересовало извлечение изнутри себя разных цветовых композиций. Ему стало интересно делать то, что делают другие, рисовать то, что он видит. Он стал рисовать дома, деревья, животных. Последняя наша совместная картина изображает, как Артем идет в поход с рюкзаком. При этом Артем прошел через период полной утраты собственной фантазии и одно время ри-

совал только то, что уже умел рисовать, и не мог сам изобразить ничего нового. В это время мы с ним уже в основном не рисовали, а лепили из глины. Каждое занятие начиналось с того, что я спрашивала Артема, что он будет лепить, а он отвечал «Лепить из глины». Он не мог сам придумать, что лепить. Тогда мы брали книжку с картинками, Артем выбирал то, что ему нравилось, и мы это лепили. Но как-то в очередной раз на вопрос «Что ты будешь лепить?» Артем вдруг ответил: «Ворота» — и слепил примерно вот такую вещь:



Когда после занятия мы спросили, что это, он снова сказал, что это ворота. После этого Артем стал легко придумывать, что он будет лепить. Он слепил шкаф, свою собаку, барсука и еще много всего.

Наши занятия рисованием продолжались более двух лет. За это время Артем постепенно начал интересоваться окружающим миром и людьми. Обнаружив, что есть люди, с которыми он может поделиться своими интересами, Артем, в свою очередь, стал соглашаться участвовать в занятиях, которые ему предлагали педагоги. У него появилось огромное стремление учиться. Он научился читать, писать, считать и только потом разговаривать. Мама научилась понимать его, видеть в его «странностях» какой-то смысл и относиться к этому с уважением. В результате его жизнь дома совершенно изменилась — у них с мамой появилось много общих занятий и интересов.

Сейчас Артему 8 лет. Он знает и умеет не меньше других детей этого возраста. У него, конечно, сохранились индивидуальные особенности эмоционально-волевой, речевой и когнитивной сферы, и этим еще предстоит заниматься. Но Артем стал жизнерадостным ребенком, который улыбается в ответ на хорошее к нему отношение и с удовольствием отвечает на вопросы, которые ему задают.

в) Групповые занятия

Детей, у которых нарушения общения и эмоционально-волевой сферы не так ярко выражены, можно с самого начала объединить в группу для занятий различной ручной деятельностью. Приведем описание таких занятий.

На занятиях ручной деятельностью дети любят создавать большие общие для всех работы. Такую работу мы делали в течение многих занятий. На большом ватманском листе педагоги нарисовали контуры озера, извилистой речки, дороги. А остальное пространство листа — луг. Лист расстелили на полу. Дети сели вокруг с кисточками и красили каждый своим цветом (голубым, зеленым или серым).

К следующему занятию педагоги подправили контуры, нарисовали разметку на дороге, травку вокруг озера и склеили маленькие домики из бумаги.

На занятии ребята красили домики (стенки — желтые, крыши — красные), выбирали место у дороги и приклеивали их. Получилась деревня. На следующий день мы красили спичечные коробочки (их стенки — это заборчик вокруг огорода). Дно коробочки мы намазали клеем и насыпали крупу (в каждую коробочку — разную) — засеяли огород. Каждый ребенок приклеил свою коробочку за домиком. Крышки от спичечных коробок покрасили и приклеили группой в другом конце листа — это город. С деревней его соединяет дорога.

К следующему занятию педагоги покрасили вату зеленой гуашью, а когда она высохла, расчесали ее щеткой.

На занятии дети отрывали кусочки ваты, скатывали из них шарики и приклеивали на ватман (это кусты). На кустах около домиков поставили красные точки (ягодки). Вата, наклеенная на палочки, — деревья.

Потом ребята собрали в группе среди игрушек мелкие фигурки человечков, животных, маленькие машинки и расселили их на этом листе. Чем больше мелких деталей, тем лучше. Все эти занятия мы проводили не подряд, а с перерывами, чередуя с другими видами деятельности. Но каждый раз, возвращаясь к этой работе, мы внимательно просматривали весь лист, рассматривали и обсуждали все детали.

Даже когда работа была закончена, мы часто играли в этом ландшафте. Там жили человечки, ездили машинки, мы придумывали про них истории.

Дети более старшего возраста в таких общих работах могут больше операций делать сами, а участие взрослого тогда ограничивается организацией процесса.

Другой пример общей работы — аппликация на большом листе. Из цветной бумаги можно заранее вырезать разноцветные кружки одинакового размера. Клей нужно сварить из муки или крахмала (чтобы он был съедобным).

Дети берут кружок, руками мажут его клеем и наклеивают на большой общий лист друг за другом. Педагог берет фломастер и дорисовывает под каждым кружком ножки, а на первом кружке — глазки и улыбающийся ротик. Получается гусеница. Для завершения картины можно с детьми дорисовать вверху солнышко, а внизу травку.

Детям нравилось делать в подарок для родителей аппликацию «Цветы». К первому занятию на каждом листе нарисован контур цветов в вазочке. В блюде лежат вырезанные из цветной бумаги детали картинки (цветы, стебельки, вазочка). Дети намазывают руками клей и размещают детали внутри контура.

На втором занятии по такому же образцу собирают такую же композицию, но уже без заранее нарисованного контура.

На третьем занятии по такому же образцу рисуют красками такую же композицию. Результат получается очень интересный.

Очень увлекательно, когда на общем столе стоят тарелочки, в которых лежат разные геометрические фигуры из цветной бумаги (квадраты разных размеров, кружки, треугольники, прямоугольники разных пропорций: от толстых и коротких до тонких и длинных). Каждый ребенок решает для себя, какую картинку он хотел бы изобразить. Происходит обсуждение: из каких деталей состоит этот предмет, на что они похожи, сколько их должно быть. Какие нужно взять фигуры? Каждый выбирает нужное количество фигур. Начинаем на листе раскладывать. Смотрим, получилось ли похоже. Потом руками намазываем клей и приклеиваем.

Полезно учить детей рвать и мять бумажки. Даем детям лист с нарисованным контуром (буква, кружок и т.д.) или уже вырезанную фигуру. Рядом лежат полоски тонкой бумаги (например, папиросной). Ребенок отрывает кусочки тонкой бумаги, комкает их, макает в клей (на блюде) и заполняет этими комочками контур. В конечном результате получаются маленькие розочки.

Интересно проводить в группе общие занятия лепкой.

Глина наиболее легкий для лепки материал. Занятия с глиной мы начинаем с того, что месим «тесто». Кусочек глины давим руками: левой, правой, обеими. Потом катаем колбаски на доске каждой рукой по очереди, двумя руками одновременно.

Для ребенка очень важно, чтобы то, что он делает руками, получалось красиво, поэтому помощь взрослых детям необходима. Чем меньше ребенок умеет, тем больше должна быть доля труда взрослого, но постепенно это соотношение должно меняться. И каждая са-

мая примитивная поделка должна получаться чем-то осмысленным. Колбаски нужно превращать в бублики, кренделя и т.д., это угощение для куклы, которая тут же сидит.

Очень полезно рисовать глиной на картоне (кусочки глины размазывать по картону, чтобы получался силуэт: домик, солнышко, слон). Можно замазать всю картонку глиной, а потом рисовать палочкой. Потом можно начинать катать шарики (на доске попеременно разными руками и двумя руками вместе), а из шариков делать чашки, блюдца, вазочки, снеговиков...

После этого можно начинать работу с пластилином. Опять начинаем с колбасок, из которых можно сложить домик, крендель, букву «о» и т.д. Можно намазывать пластилин на картонку (создавая фон), а потом семечками, зернышками, вермишелью и т.д. выкладывать рисунок. Колбасками можно выложить рамочку и повесить получившуюся картину на стену. Интересно выкладывать нарисованный контур пластилиновыми колбасками внутри коробки из-под конфет. Это смотрится как картина в раме.

Все пластилиновые поделки можно красить (предварительно их нужно обсыпать мукой для обезжиривания).

Для детей очень важно, чтобы их работы висели на видном месте и чтобы все взрослые ими восхищались.

Опыт работы в группе детей школьного возраста

В нашей группе занимаются дети с проблемами общения и с трудностями социальной адаптации. Мы считаем своей задачей сделать так, чтобы детям было хорошо не только дома с родителями, но и в каком-то другом месте, с другими незнакомыми людьми.

По результатам первого года индивидуальной работы мы увидели, что контакт детей со сверстниками и с другими людьми не расширяется. Тогда мы впервые попробовали объединить этих детей и заниматься с ними в группе. Мы преодолели очень много проблем: дети в класс идти не хотели, с каждым ребенком первое время приходилось вместе сидеть за партой, никаких методик и программ для подобной работы в России не существует и по сей день. Но к концу следующего года результаты были неожиданные не только для детей и их родителей, но и для нас тоже. Дети научились сидеть в классе в течение 30 минут и направленно выполнять задания, которые им дает педагог, общаться между собой.

Для таких детей, детей школьного возраста с нарушениями общения, прежде всего характерны недостаточность или полное отсутствие коммуникации с внешним миром, неспособность адекватно войти в ситуацию, установить контакт с окружающими людьми, уход в себя. Эти дети обычно не замечают сверстников, а если и пытаются с ними взаимодействовать, контакты носят очень формальный характер. Эти дети отдают предпочтение взрослым. Одним из основных переживаний этих детей являются страхи. Они могут быть безотчетными и направленными на определенные предметы, звуки, ситуации, на определенные лица; бывают страхи к переменам обстановки, к привычному порядку. Этих детей отличают необычное поведение, необычные игры, причудливые фантазии, однообразные интересы: они подолгу могут играть с веревочками, играть предметами, которые обычно детей не привлекают. Их фантазии бывают иногда агрессивными. Нередко в своих фантазиях дети перевоплощаются. Например, приходя в группу, ребенок объявляет: «Я сегодня не Кирюша, а “машина”». И в течение всего дня педагог должен называть его «машина», иначе ребенок не отзывается и никакие задания не выполняет. Эти фантазии полностью отвлекают ребенка от внешнего мира, втягивают его в свой мир, накладывают отпечаток на его поведение. Попытки вмешаться в фантазию, прервать неадекватные действия вызывают у ребенка страх, агрессию. Дети очень бурно реагируют на самые незначительные попытки изменить их привычное существование. Почти у всех этих детей отмечаются речевые расстройства (см. [8]). Для их интеллектуальной деятельности характерно очень неравномерное развитие, быстрая пресыщаемость, трудности в распределении и сосредоточении внимания, нарушение целенаправленной деятельности. У некоторых детей имеют место трудности понимания речи. Большая часть детей понимает речь, обращенную к ним, очень конкретно, буквально. Почти всех этих детей характеризует плохая моторика, что затрудняет письмо и рисование.

Среди детей, с которыми мы работали в Центре лечебной педагогики, можно выделить три группы, которые требовали различных подходов к занятиям с ними.

Первая группа — это дети 7–8 лет, которые больше связаны с реальным миром, и их игровые интересы более устойчивы. Каждый из них имеет какое-то свое особое увлечение, которое мы должны сначала определить, и, используя это увлечение, найти с ним контакт. Речь у этих детей развита хорошо. Они могут общаться со взрос-

лыми, могут задавать вопросы, отвечать на вопросы, у них большой словарный запас, но поддерживать диалог со взрослыми, с педагогами и сотрудниками Центра они могут только на интересующие их темы. Если тема лежит вне их интересов, то дети отвечают на вопросы односложно или не отвечают совсем.

Вторую группу составляют дети 9–11 лет, по своим особенностям такие же, как и в первой группе. Часть из них посещает массовую школу, некоторые учатся во вспомогательной школе. Они приходят к нам для того, чтобы расширить свой круг общения, заниматься лечебной физкультурой, танцами, изобразительной деятельностью и играть.

К третьей группе можно отнести детей 8–12 лет со сниженным интеллектуальным уровнем и выраженными трудностями в речевой сфере. Речь этих детей часто скандированная, односложная, эхолическая, иногда состоит из стереотипных фраз. Все они говорят о себе во втором или третьем лице. Такие дети тоже способны к своеобразному личностному развитию и обучению в группе, но реальные возможности их социальной адаптации значительно меньше. Задача работы с такими детьми состоит в том, чтобы развивать их целенаправленную деятельность. Для этого педагог должен в течение длительного времени, действуя руками ребенка, выполнять одни и те же задания, одни и те же упражнения.

Таковы характерные особенности детей с некоторыми формами нарушений общения. Они не удерживаются в массовых учреждениях — ни в детских садах, ни в школах. Для них не подходят существующие типы программ. За последнее время становится понятным, что программа вспомогательной школы для наших детей, в связи с их особенностями, также не годится. На практике это приводит к тому, что часть детей необоснованно признают «необучаемыми», а в чем-то одаренные дети не могут продолжать свое развитие. Им просто негде учиться, поскольку отовсюду они отторгаются. В результате эти дети либо учатся индивидуально дома, не имея никаких контактов, либо не учатся вообще. При этом необходимо отметить, что у разных детей неготовность к обучению носит разный характер. Например, не сможет учиться в школе ребенок, который читает, хорошо пишет и считает, но не умеет общаться с детьми и пребывает в постоянном страхе.

Как мы помогаем этим детям адаптироваться к жизни в обществе, а некоторым — даже поступить в различные образовательные учреждения?

а) Организация пространства

Работу по созданию и организации школы мы начали с подготовки помещения. Это очень важно, потому что дети с трудом ориентируются в помещении и многие моменты могут вызвать страх. Кроме того, дети обладают такой особенностью, что каждый полученный навык и каждая полученная информация, осваиваемая деятельность обычно связаны с помещением. Поэтому вопрос организации пространства должен быть тщательно продуман.

Пространство нашей школы — это прихожая, в которой происходит первое общение с детьми, большая игровая комната, учебный класс, где стоят парты, рисовальная комната, ткацкая и столярная мастерские, комната, которая называется «мокрая». Есть еще отдельное помещение — зал, куда дети приходят по расписанию, чтобы заниматься ритмикой, танцами и пением, и есть специальное место, где дети пьют чай, — столовая.

Мы никогда не используем одно и то же помещение для занятий различными видами деятельности. Дети точно знают, что, где и когда происходит: вот в этой комнате они рисуют, в игровой они играют, в учебном классе они занимаются. Все это обсуждено и закреплено.

В первое время дети очень трудно привыкают к помещениям, но когда они видят, что нет никаких непредсказуемых ситуаций, что в каждой комнате ничего не меняется, то это успокаивает детей и вселяет в них уверенность.

Каждая группа детей посещает занятия в определенные дни и часы, и распорядок дня и недели по возможности никогда не следует менять, поскольку это организует детей, а они сами организовать себя не могут.

Помещение, которое называется прихожей, — не простая комната, а очень важная. Оно как бы является границей между тем миром, из которого пришел ребенок, в котором с ним, дома или по дороге, может быть, что-то произошло, и спокойными занятиями в группе.

Приход детей в прихожую — это очень важный момент, когда педагоги выходят встречать детей. Встреча должна быть теплой, это в большой степени предопределяет день. Ребенок ни в коем случае не должен пробежать в другое помещение, не задержавшись в прихожей. В момент прихода детей завязывается первый контакт с ними. Уже в прихожей дети должны почувствовать, что им все рады, что их все ждут. Это очень важно, когда на тебя посмотрели, подержали за руку, особенно, когда помещение новое. И к середине года, к концу

года дети не входят, а просто врываются в прихожую, они все объемлют глазами и требуют, чтобы все были здесь, а если кто-то в это время отсутствует, спрашивают, почему нет того-то или того-то, и им нужно про каждого объяснять. Только после этого дети раздеваются и проходят в игровую комнату.

Игровая комната частично разделена мебелью на две части, чтобы у каждого ребенка была возможность иногда уйти от группы и побыть одному. Первое время ребенку нужно адаптироваться, отдохнуть с дороги. Для разных групп детей отдых длится от 15 до 30 минут. Потом входит педагог и играет на флейте, этим он окончательно отключает детей от того ритма, в котором они пришли, и дети из разных концов игровой комнаты собираются и садятся в кружок. Это очень важный организационный момент: вместе с детьми в круг садятся педагоги, которые сегодня с ними работают. Вначале, взявшись за руки, дети говорят маленькое четверостишие, как бы здороваясь, или поют песенку, а потом дети себя представляют. При этом можно по кругу ударять в бубен. К концу года длительность этого вводного общения достигала сорока минут.

Потом дети занимаются индивидуально: изодетельностью, игрой, лепкой, в мастерской, это продолжается минут 30. После этого — двигательное занятие, либо танцы, либо пение, либо музыкальное занятие, занятие в классе, опять со всей группой.

В классе у каждого ребенка своя парта. Каждая парта открывается, и внутри, ребенок это знает, лежат всегда одни и те же предметы, и обычно там должна лежать его любимая вещь или игрушка, а для некоторых детей — конфета или печенье. Когда ребенок приходит и открывает свою парту и видит, что там все на месте, он спокойно настраивается на урок.

Рисовальной комнате мы придаем большое значение. Для работы с нашими детьми оказалась очень полезна такая особенная комната, в которой можно пролить краску, в которую можно прийти в любой момент, когда ребенок захочет, взять любую краску, любую кисточку, в которой можно рисовать на полу, на стене, там все для этого продумано и подготовлено.

В мастерской педагог знакомит детей с ремеслами, с некоторыми из детей работает с деревом, на ткацком станке дети учатся плести.

В «мокрой» комнате ребенок может лить воду, играть с водой. Для наших детей это тоже очень важный фактор, часто — любимое занятие.

Время пребывания детей в группе, время их занятий заканчивается чаепитием. Это итог, и за столом с детьми обсуждается, что было хорошо, что плохо, у кого что получилось. Привычка к заключительному чаепитию позволяет определить, устал ли ребенок в течение двух с половиной часов занятий. Если ребенок уже устал, то он обычно ходит и говорит: «Когда будем чай пить, когда будем чай пить ...». Обычно каждого ребенка хвалят, а когда есть что-то очень вкусное, то всех «награждают» за хорошую работу. Без чая дети не должны уходить, необходимо подвести итог дня.

Сколько человек должно заниматься с детьми в группе? У нас есть четыре основных педагога. Они организуют всю работу группы. Каждый педагог отвечает за какой-то вид деятельности. Но это не значит, что он, например, занимается только рисованием, или только учит детей считать, или только занимается с ними пением. Все педагоги работают вместе, когда дети занимаются в группе, и они организуют всю деятельность в группе. Идеальный вариант — когда в группе из шести-семи детей одновременно работают трое взрослых. Если взрослых в группе слишком много, это детей затормаживает, отвлекает, тревожит. Дети должны иметь и право выбора: если ребенок чего-то не хочет делать с одним педагогом, то он может идти заниматься к другому.

б) Виды занятий

На занятиях любым видом деятельности мы не ставим прямой задачи чему-то обучить или научить детей. Наши занятия, даже обучение чтению и письму, направлены на то, чтобы помочь детям решить их проблемы, а обучение происходит на фоне решения этих проблем.

Какие виды деятельности мы используем в нашей работе? Практически все, которые есть и в обычной школе. Это игротерапия, изодеятельность, обучение ремеслу, музыкальные занятия трех видов, занятия по развитию моторики, учебные занятия. Развитие речи мы не выделяем в отдельное занятие, работа над речью ведется в рамках каждого занятия, с каждым педагогом, практически все время. Мы не отдаем предпочтение какому-то одному виду деятельности. Все они взаимосвязаны друг с другом, так, рисуя, дети рассказывают сказки, играют; в то же время и в игре дети узнают много нового, иногда в игре детям приходится и писать, и лепить, и рисовать.

Одновременно с проведением учебной работы с детьми большое внимание уделяется терапевтическим играм, игротерапии. Через игру

можно решить очень многие проблемы детей. Большую часть игр с детьми мы проводим индивидуально, но к концу учебного года дети уже могут объединяться для игры по два, по три человека.

Остановимся на тех играх, которые лучше других помогают в решении самой главной проблемы наших детей — в налаживании контакта друг с другом. Это игры в кругу. Все дети садятся в круг. Педагог либо читает какие-то ритмические стихи, а дети в такт этим стихам выполняют какие-то действия, либо, слушая стихи, дети после каждой строчки передают друг другу мяч. В кругу это получается естественно, они все сидят в замкнутом пространстве. Дети передают друг другу мяч и говорят друг другу определенные строки, каждый своему соседу. Иногда называют его имя. При этом ребенок должен посмотреть на соседа и ощутить, что он вот здесь, рядом. Это помогает налаживанию контакта.

Полезна групповая игра, в которой все дети вместе участвуют в происходящем действии, рассказывая сказку вместе с педагогом. Педагог начинает сказку и говорит: «Посадил дед репку. Ты, Петя, будешь дедом». «Посадил репку», — и ребенок пытается представить и изобразить это. «Вот тащит дед репку, и не вытащил, кого он позвал? ...» — и педагог побуждает ребенка говорить, кого дед позвал: «А ты, Маша, будешь бабкой» — и т.д. Мы обязательно будем продолжать использовать в нашей работе игры в кругу и другие игры, побуждающие детей к совместным действиям.

Об организации и принципах изодетельности и занятий различными видами ручного творчества в Центре подробно рассказывается в других разделах данного материала.

На музыкальных занятиях мы также не будем останавливаться подробно, расскажем только о некоторых успехах. Наши дети поют, это тоже совместная деятельность, способствующая контакту. Наши дети танцуют, вместе в кругу разучивают разные танцы. Дети занимаются лечебной физкультурой в группе, там тоже решаются проблемы общения. В процессе занятий лечебной физкультурой — «лечебным движением» — мы обычно решаем следующие основные задачи:

1. Диагностическая задача. Изучаем двигательное поведение, наблюдаем за перемещением ребенка в пространстве, особенностями развития моторики. Обращаем внимание на степень и форму освоения пространства, развитие зрительно-моторной координации, наличие двигательного опыта. Важен уровень осуществления движений — по подражанию, показу, речевой инструкции. Такое наблю-

дение позволяет сделать первые выводы о личностных особенностях ребенка, характере мотивации.

2. Развивающе-коррекционная задача. Создается система двигательных упражнений, направленных на коррекцию имеющихся трудностей не только двигательной сферы. При этом не только техническая, но и смысловая сторона движения находится в поле зрения педагога, т.е. движение включается в систему целесообразной деятельности. Учитываются особенности мотивации — вектор интереса ребенка направлен на сам предмет, действия с ним, стереотипное повторение движений, достижение цели игры, задания; ориентирован ли ребенок на предмет или педагога, или только на себя.

Предметом особого внимания является степень освоения ребенком пространства — испытывает ли он страх, неуверенность, неловкость, безразличие при движении в разных направлениях, в каком положении он чувствует себя более комфортно — стоя, сидя на стуле или на полу, лежа на животе или на спине и пр.

С учетом всех этих особенностей и строится программа индивидуальных или групповых занятий.

Есть занятие, на котором мы учим детей слушать музыку и различать разные инструменты. С одной стороны, ставится задача познакомиться с разными звучаниями, потому что проблема отношения к звукам стоит у этих детей очень серьезно. Одна наша девочка пропустила целый год школы по той причине, что очень боялась школьного звонка. И, входя в школу, она каждый раз начинала кричать и затыкать уши. Когда ее посадили в класс (сначала ее приняли в обычную школу), она все время сидела с заткнутыми ушами и не хотела ничего слушать. Она, естественно, не могла писать, потому что были заняты руки: уши надо было держать. После этого маме просто сказали, что девочка необучаемая и учиться в школе не может. Музыкальное занятие, на котором дети знакомятся с различными инструментами, с разными звуками, учатся совместно играть на этих инструментах, очень любимо детьми и помогает им в эмоциональном развитии.

в) Организация учебной деятельности

Всю нашу работу в течение года мы строим в три этапа. Первый этап — самый важный, самый трудный в работе — это налаживание контакта. Налаживание контактов в любых видах деятельности с ребенком — это этап, на котором педагог приспосабливается к ребенку, чтобы потом ребенок приспособился к нам и начал с нами взаимодействовать.

В этот период нужно очень много педагогического терпения, очень много деликатности, и этот этап не должен ограничиваться временем. Нельзя сказать, что эти этапы четко распределены: наступил октябрь — всё, мы переходим ко второму этапу. Продвижение происходит очень индивидуально. Когда ребенок уже привык к нам и мы привыкли к ребенку, это означает, что можно двигаться дальше. На этом этапе очень важна речь педагога. Она должна быть немногословной, она должна быть скорее похожа на инструкцию, так как многословие «уводит» детей: дети очень плохо ориентируются в речи. И каждая инструкция педагога обязательно должна быть подкреплена зрительно. Самое важное — понять проблемы ребенка для того, чтобы потом, на следующих этапах работы, помочь ребенку справиться с этими проблемами. Через игру, через изодетальность, через занятия в классе мы постепенно выясняем проблемы ребенка. Задача первого этапа, его итог — сгладить несостоятельность ребенка, чтобы он почувствовал в себе уверенность, что он многое может, чтобы он мог обучаться дальше. Торопиться не надо: дети занимаются всеми видами деятельности, но перед ними ставятся конкретные задачи.

Второй и третий этапы — это непосредственно обучение и решение проблем, с которыми сам ребенок не может справиться. Сначала ребенок всегда работает совместно с педагогом, а к концу года мы стараемся добиться того, чтобы дети как можно больше работали самостоятельно. Помощь педагог оказывает только в том случае, если она необходима, если педагог знает, что без его помощи ребенок не справится.

Мы не считаем единственной задачей обучить детей письму, чтению, счету. В учебной деятельности мы параллельно решаем еще одну главную задачу: помочь детям общаться, помочь детям адаптироваться к школе, привыкнуть к тому, что в школе есть урок, потом есть перемена, потом есть еще один урок, что на уроке нужно сидеть, что нельзя вставать из-за стола, пока урок не кончился. В процессе урока нужно слушать учителя, нужно выполнять задания. Период внимания наших детей очень короткий. И задача на первом этапе учебной работы — во-первых, понять, когда этот момент сосредоточения внимания у каждого ребенка наступает, как можно использовать и расширить этот момент. Первые уроки, которые мы проводили, могли сосредоточить внимание детей на три-пять минут; при этом мы проводили в течение дня только один урок и одну перемену, очень большую. А к концу учебного года у нас было три урока в один день и дети не выходи-

ли из класса, хотя были перемены, когда они могли вставать и играть. Продолжительность уроков к концу года достигала 30 минут. Здесь педагогу особенно важно почувствовать, когда ребенок утомлен или получил слишком сложное задание: в этом случае педагог обязательно должен прекратить занятие до того, как его прекратит ребенок. Для этого есть много разных уловок: можно сказать, что нам пора отдохнуть, мы потом продолжим, или — нам пора подкрепиться и мы это задание доделаем в следующий раз. Педагог всегда должен замечать, что у ребенка получается, а что вызывает у него трудности и дополнительные страхи и снова может вызвать его неуверенность.

С чего начинается учебная работа в классе? У наших детей способность к планированию и контролю нарушена или отсутствует совсем. Развитие и коррекцию этих процессов полезно проводить на материале последовательных рядов (см. [12]). Овладение последовательным рядом является подготовкой к последующей работе с числовым рядом и чтению, т.е. является фундаментом обучения. На первом этапе мы даем детям отдельные геометрические фигуры, наборы цифр и геометрических фигур. Мы предлагаем детям, например, составить последовательный ряд из круга и квадрата. Ребенок кладет: круг-квадрат-круг-квадрат-... Работа проводится совместно с педагогом до тех пор, пока ребенок не поймет задание. Потом эта работа усложняется, можно выкладывать на столе различные палочки в определенной последовательности, например, две палочки короткие, одна длинная, и некоторое время заниматься составлением и продолжением таких последовательностей. На первом этапе обучения работа сводится к тому, чтобы дети усидели за партой. И задания следует давать красочные, интересные и такие, чтобы они не вызвали у детей трудностей. Практически все задания на этом этапе выполняются совместно с педагогом. Только тогда, когда дети освоили последовательный ряд, можно переходить к числовому ряду, а потом и к буквенному (чтению).

На втором этапе обучения появляются письменные задания. Сначала дети закрашивают те же самые последовательные ряды. Ребенок закрашивает ряд в определенной последовательности, которую предлагает педагог. Например, красный-синий-красный-синий-... После того как дети освоят раскрашивание рядов, начинается работа со следующими, самыми сложными заданиями: педагог рисует начало, например треугольник и круг, треугольник и круг, а ребенок сам должен дальше дорисовать ряд, продолжить его. Задания тако-

го рода — итог ознакомления с последовательным рядом. И пока ребенок не поймет, не освоит его, ни к чему другому переходить не следует. Задания даются очень избирательно. Лучше всего опираться на интересы детей. Если ребенок интересуется машинами, то он готов составлять последовательный ряд из разных видов машин. Саша, который был очень увлечен контейнерными и разными другими помойками, целый месяц сидел за партой и ничего в руки не брал, говоря: «Нет, у меня не получится». Тогда, поскольку у него было еще одно увлечение, — он собирал баночки из-под пива, — ему нарисовали такие баночки, и последовательный ряд он выкладывал из разных банок. Все они были не раскрашены, он должен был складывать банки такой формы и другой, потом он должен был их по-разному раскрашивать, а потом эти же банки были использованы для обучения счету и письму. Все задания были построены индивидуально на Шашиных интересах, и только это позволило добиться успеха.

Каждый урок состоит из трех частей. Первая часть — это общее действие: короткая зарядка, или какое-то задание для пальцев, или какое-то четверостишие, которое читает педагог. Потом дается обучающее задание, это самая трудная часть, она приходится на середину урока. Третья часть урока — это всегда задание на листочке. Задания могут быть разные. Например, по счету: нужно сложить определенные цифры в определенном порядке; впоследствии, когда дети овладели карандашом и соглашаются им пользоваться, можно карандашом писать цифры.

Можно использовать набор отдельных заданий, который не ставит своей целью научить детей считать, складывать, вычитать. Главное — познакомить детей с цифрами. Можно давать задание такого типа: нарисовать столько кружочков или фигурок, сколько обозначает цифра. На уроках по счету можно лепить цифры из пластилина, пересчитывать предметы, составлять числовые ряды: дети выкладывают цифры, а под цифрами нужно нарисовать столько-то горошинок, треугольников — все это обозначают цифры. Хорошо использовать различные книги из серии «Обучение с увлечением» для малышей, там очень много веселых заданий, с помощью которых дети могут познакомиться со счетом. Полезно давать детям задание на дом, чтобы родители тоже с ними занимались. К концу года с помощью таких заданий наши дети считали, без труда пересчитывали предметы в пределах десяти, проводили счетные операции в пределах шести, писали цифры до восьми в тетрадях с небольшими линейками,

могли сопоставить цифру с числом, могли заполнить пропуски, чтобы цифры стояли по порядку, они освоили порядковый счет, освоили обратный счет в игровой форме. Одновременно необходимо было развивать моторику, поскольку проблема с письмом у наших детей — одна из самых трудных. Поэтому задания охватывали все: и письмо, и счет, и чтение.

Задача обучить детей чтению была в основном возложена на родителей. Мы рассказывали родителям, как лучше ребенка научить читать. А наши занятия по обучению детей чтению состояли из отдельных заданий, которые закрепляли их навыки чтения, навыки знакомства с буквами. Остановимся на некоторых заданиях. С большим интересом дети воспринимают, когда им дается большая книжка, и в ней нужно найти и обвести кружочком какую-то букву. Когда дети познакомятся со всеми буквами, они должны найти определенное слово, которое им предлагают. Педагог знает, на какой странице написано это слово, и каждому ребенку дается такое задание, чаще индивидуально. Очень любят дети задания с картинками, когда написано готовое слово и нарисована картинка, и дети должны соединить картинку со словом. Мы никого не заставляем: «Прочитай, что написано, скажи, что написано». Им просто дается задание: соединить картинку со словом. У нас в классе развешено много слов уже «готовых», написанных на карточках, их дети постепенно запоминают и потом воспринимают сразу. Например, урок чтения начинается с того, что ребенка спрашивают, какой сегодня день недели, какое время года, и все эти слова выкладываются на доске. Буквально через два-три месяца каждый из сидевших в классе может сам подойти, найти карточку с этим словом и ее выложить. Бывают такие задания, что в пустые клеточки надо вставить, например, только букву «о». А теперь — кто знает, что получилось, какое получилось слово? И вот дети постепенно, поскольку это задание дается в разных вариантах не один, не два и не три раза, а очень много раз, эти слова научаются узнавать. В конце каждого листочка очень хорошо написать: «Мое имя», тогда эти слова тоже воспринимаются и дети с ними познакомятся. В этом месте листочка дети пишут свое имя, которое они долго тренируются писать. Задание не принимается до тех пор, пока ребенок сам не подпишет свое имя. К концу года каждому ребенку перед уроком закладывается в парту листок с третьей частью задания. «А теперь у вас задание на листочке», — и дети достают из парты листок и выполняют задание. Кому непонятно, тому дополнительно

объясняют, что нужно делать, но поскольку задания отработаны в течение года, то дети понимают, что требуется сделать: например, если есть пустые клеточки или что-то пропущено, то нужно вставить слово или букву. Можно написать на листке много разных букв, чтобы дети нашли среди них нужные. Детям, которые уже научились читать, дается задание прочитать, что нужно выполнить. Обычно такое задание состоит из двух-трех слов, — инструкция должна быть короткой и понятной.

Занятия художественным творчеством в процессе обучения детей школьного возраста

В программе занятий, как уже отмечалось, очень большое место отводится разным видам художественного творчества. Это помогает решать многие психологические и поведенческие проблемы детей, а также способствует формированию у ребенка сенсорики, познавательных процессов, развитию моторики.

Постановка задачи и разработка программы занятий изобразительным творчеством зависит от индивидуальных трудностей ребенка.

Детям, не умеющим концентрировать внимание, ставятся следующие задачи: продолжить начатое, не перескакивая на другой сюжет, проговорить (перечислить) в конце все, что нарисовано, сосредоточить внимание на рисовании протяженных объектов (железнодорожные рельсы и т.п.), закончить начатое. Занятие рисованием с таким ребенком не должно продолжаться долго.

В определенных случаях важным является подчинение ребенка требованиям педагога хотя бы частично выполнить задачу, сосредоточиться на определенной детали рисунка и дорисовать ее до конца (мысленно проследить нарисованное). В выполнении задач такого рода нуждаются расторможенные дети, дети с трудностями концентрации внимания а также дети, «зацикленные» на определенных темах.

Детям, «застревающим» на одном и том же сюжете, предлагается постепенно что-то менять (цвет вазы, узор на вазе, цветы ...) или добавлять в свой сюжет новые элементы (помойка — мышка на помойке — ежик в кучке мусора — ежик на куче листьев в лесу). Таким образом ребенка можно постепенно увести от одной темы к другой.

Когда педагог подчиняет ребенка своим требованиям, необходима особая атмосфера доверия и внимания, чтобы ребенок был готов

совершить над собой усилие, не теряя при этом контакта и поддержки со стороны педагога, а также интереса к продолжению начатого рисунка и творческой деятельности. При предъявлении определенных требований к ребенку необходимо также чуткое понимание его реальных возможностей; требования не должны быть завышены.

При наличии у детей страхов бывает полезно рисовать объект страха. Если страх не назван, он может быть «спрятан» (например, рисуются «мальчик и мешок». В мешок «спрятано» то, чего боится ребенок. Мешок завязан (рисуем веревку). Мешок «выкидывается». Ребенок в процессе рисования переживает страх, но изобразив и «выкинув», ребенок испытывает облегчение и частичное освобождение.

У агрессивных детей возможно рисование внутренне связанных с агрессией сюжетов (часто ребенок сам тяготеет к таким сюжетам: аварии, преступники и милиционеры, свистящие и издающие звуки машины — ГАИ, бензопила и т.д.), с постепенным изменением темы и переводом ее в «мирное русло» (переход от темы аварии просто к рисованию разных марок машин).

Если ребенок с трудом переключается с сюжета, связанного с агрессией, на другие темы, можно использовать какие-либо нейтральные задачи (например, предложить ребенку: мы нарисуем все, что ты хочешь, но сначала давай закрасим весь лист зеленой краской). Закрашенный определенной краской лист вызовет у ребенка уже другие ассоциации что, возможно, позволит изменить его первоначальные намерения.

Быстро истощаемые дети не должны рисовать долго. Поэтому для того, чтобы рисунок получился и ребенок испытал удовлетворение от законченной работы, «замысел» должен соответствовать возможности ребенка выполнить его за короткое время.

Инертным, вялым, осторожным, болезненно аккуратным детям полезны задания на развитие фантазии, на смешивание красок, задания на больших листах бумаги. Расторможенным, возбужденным, активным детям ставятся задачи, требующие ограничения и подчинения теме и сюжету, аккуратного (по возможности) выполнения задания.

Поставленная ребенку задача может выполняться ребенком самостоятельно или же с помощью педагога. Совместное творчество педагога и ребенка, совместное участие в работе в разных случаях происходит по-разному. Рисование с ребенком вместе (на одном листе) можно применять, когда ребенок слабо осознает себя, рисует

неумело и для него нет разницы, чьей рукой нарисован тот или иной фрагмент на его рисунке. Такой ребенок может даже попросить, чтобы рисовал не он, а ему.

Надо помнить, что есть дети, которые способны наблюдать и увидеть результат своего труда, а есть дети, которые всецело находятся в процессе (как в волшебном мире или сказке, или как в игре, если они умеют играть). И те, и другие одинаково нуждаются в одобрении и восхищении по поводу того, что у них получилось, так как это утверждает их значение как личности. Они начинают чувствовать себя уверенно, это поощряет их к продолжению подобной деятельности. Поэтому, если даже рисунок нарисован в основном рукой педагога, вы все равно хвалите этот рисунок, как если бы это был рисунок самого ребенка.

Бывают случаи, когда можно помочь ребенку закрасить часть пространства или предмета, изображенного на рисунке (если ребенок быстро истощаем и не может рисовать долго, но совершенно необходимо, чтобы он увидел свою работу законченной и красивой). При этом ребенок должен чувствовать, что основная, самая важная часть работы выполнена им.

В некоторых случаях педагог должен проявить еще большую деликатность и не имеет права вмешиваться в рисунок ребенка: когда ребенок очень щепетилен к «своему» и «не своему» или способен сам выразить себя и оценить (конечно, не вербально) результат. Такие дети обычно не любят, чтобы вмешивались в их рисунки. С ними лучше рисовать параллельно (т.е., если педагог хочет что-то показать ребенку, то рисует с ним рядом на соседнем листе). При этом не обязательно что-либо говорить и «показывать» ребенку. Бывает, что достаточно самому развить на своем листе заданную ребенку тему.

Иногда дети повторяют без малейшего изменения одни и те же сюжеты, не любят, чтобы что-либо менялось, не любят, чтобы педагог вмешивался в их рисунок. Такие дети нуждаются в расширении тем рисования, и им иногда полезно, чтобы педагог вмешался (как бы вторгся) в их рисунок (вдруг взял и нарисовал что-то в их рисунке по-своему). Педагог здесь должен быть очень чуток, чтобы ребенок не бросил вдруг свой рисунок и не «разлюбил» его. Но если у ребенка с педагогом есть контакт, то ребенок идет на это. Зато потом измененная педагогом часть рисунка становится для ребенка «своей», и его мир становится чуточку шире. Ребенок после этого может испытывать радость и облегчение.

Полностью совместное рисование ребенка и педагога, как отдельно поставленная задача, очень важно для тех детей, которые очень не уверены в себе, родители которых часто проявляют сухость и холодность, для детей, которым не достает теплого общения, особенно со взрослыми. Такие дети больше других нуждаются в одобрении. В рисовании с ними важен сам процесс, атмосфера совместной деятельности, в ходе которой ребенок начинает верить в свои силы и возможности. Параллельно с этим в таком рисовании можно решать и много других задач: развитие мелкой моторики, снятие агрессии, избавление от страхов, развитие фантазии и другие.

Одним из видов изобразительного творчества является совместное рисование детей на общем листе (при участии педагога). Дети с нарушениями общения, живущие каждый в своем отдельном мире, испытывающие всевозможные страхи от соприкосновения с окружающей действительностью и другими людьми, часто почти не умеющие сами установить контакт и что-либо совместно делать с другими детьми, очень нуждаются в таком виде творческой деятельности.

Педагог расстилает на полу большой лист бумаги, рассказывает детям вокруг, раздает краски, кисти и задает тему. При этом тема должна учитывать особенности и интересы всех участвующих детей, чтобы каждый из них мог бы изобразить что-то свое, любимое, т.е. тема должна быть достаточно широкой. Например, «Волшебная страна», «Дороги и машины», «Город», «Сказка».

В ходе совместного рисования развивается общий сюжет, состоящий из историй: каждый ребенок рисует свою «историю». И одновременно, рассказывая, дети взаимодействуют между собой. («У меня домик, в нем живут гномики. А из реки вылезает дракончик. Он добрый». «А у меня тоже домик. С трубой». «А у меня красный гномик работает на ферме. А желтый гномик сигналил на сирене». «А у меня река, в ней плавают волшебные помидоры». «А у меня болото». «А у меня фонарь и такая поляна ...») ...

Получается так, что дети развивают свои сюжеты, и каждый сюжет невольно соприкасается с сюжетом другого. Они оказываются связаны, между детьми происходит общение, а в результате получается общий совместный рисунок.

В ходе такого совместного рисования педагог может подсказать ребенку какой-либо связующий момент в сюжете или подрисовать что-либо, соединяющее изображения одного ребенка и другого или всех вместе (например: «А здесь в середине нарисуем солнце»).

В совместном рисовании наряду с детьми, которые уже могут контактировать друг с другом, возможно участие и ребенка, который практически совсем не проявляет интереса к другим детям.

Ребенок, неуверенный в своих силах, может испытать большую гордость, удачно нарисовав что-то в общем рисунке. При рисовании темы «Дороги и машины» один ребенок, заикнувшийся на своих определенных темах и никогда не рисовавший машин, испытал чувство большого удивления и радости, когда неожиданно для себя самого пририсовал два черных пятна (колеса) к еще одному цветному, и получилась отличная машина. Этот мальчик избегал всего, что делалось «вместе». Участвуя в совместном рисунке, преодолев себя, он решил сразу несколько задач, поставленных перед ним: он был вместе с другими, он «сменил тему», он стал чуть-чуть увереннее.

Совместное рисование детей друг с другом возможно и на том этапе, когда дети выполняют действие вместе с педагогом, и на следующем этапе, когда они способны уже выполнить что-либо самостоятельно.

Ребенку с вялой кистью руки и слабым развитием моторики показано рисование на небольшом листе, тщательное закрашивание определенного границами пространства, изображение мелких деталей, рисование тонкой и мягкой кисточкой.

Детям с нарушением пространственных представлений лучше рисовать на листе, находящемся на вертикальной поверхности, т.е. на стене (или на полу — тогда ребенок лежит на животе). При этом полезно закрашивать гуашью большой лист (руками или губкой, макая ее в жидкую краску). Чтобы это рисование было осмысленным, можно просить детей нарисовать море, небо, траву, потом можно наклеить прямо на краску заранее вырезанных рыбок, птичек, листики и т.п. Можно красить стены большого дома, сделанного из картонной коробки. Полезно стремиться к тому, чтобы лист был полностью закрашен, и обращать внимание детей на оставшиеся белые места. Можно рисовать пятна и линии губкой или широкой кистью на большом листе (лучше предварительно закрашенном). Это могут быть волны, дождь, снег, звезды, солнце, облака, рыбы и т.п. Педагог может дорисовать сюжетную часть (например, человека под зонтиком).

Для развития сенсорики можно использовать яркие цвета. При этом лучше рисовать в горизонтальной плоскости, чтобы краски не текли (краски должны быть густые). Хорошо рисовать руками, красить свои руки, пачкать в краске или глине разные части тела ребен-

ка и просить его найти испачканное место и смыть краску. Это способствует осознанию ребенком схемы собственного тела.

Занятия изобразительной деятельностью занимают важное место в коррекционной работе с детьми. Они направлены не на то, чтобы научить, обучить ребенка рисовать, а на то, чтобы помочь детям решить их проблемы. Это — совместный с педагогом творческий процесс освоения, осмысления окружающего мира, контакт с которым часто затруднен. Это одновременно и общение с педагогом, и выражение себя, своих проблем, своего отношения к окружающему.

Переживание совместного творчества, полноты эмоционального общения, дружеского участия, ощущения понимания может быть тем переломным моментом, который запустит целый ряд изменений во внутренней жизни ребенка и приведет к разрешению части мучивших его проблем.

Проследим, как проходили занятия изобразительным творчеством на примере двух детей с разными проблемами (занятия описаны педагогом, который их проводил).

Саша П. боялся новых людей, ситуаций. Проблема общения была его основной проблемой. Он был очень неуверен в себе. Испытывая трудности контакта, он замыкался, игнорировал происходящее в группе, отказывался участвовать в чем-либо. Прошло некоторое время, пока Саша начал доверять мне, и у нас установился эмоциональный контакт. За это время я выяснила круг его интересов, любимые им темы, игрушки, игры. У Саши были особые увлечения — он собирал ведра, банки из-под пепси, очень любил помоечные контейнеры и «все для мусора».

Мы начинали с того, что рисовали любимые им предметы. Саша очень радовался, когда у него получились на рисунке три красивых помоечных контейнера.

Для таких детей, как Саша, неуверенных в себе, важным является результат рисунка. Здесь педагог может помочь ребенку, рисуя вместе с ним, одновременно с ним (иногда стоя сзади) еще одной кистью, подбадривая его и хваля, и обращая его внимание на то, как красиво получилось. Это не значит, что нужно рисовать за ребенка. Просто нужно оценить его возможности и силы и помочь ему выразить себя. Иногда достаточно одного прикосновения, штриха на рисунке, чтобы рисунок стал похож на то, что хочет изобразить ребенок. Интересно, что ребенок всегда воспринимает такое творчество как свое. Он как бы утверждает себя в своих возможностях.

Рисунок можно повесить на стену, показать родителям.

Здесь важным является то, чтобы родители тоже порадовались вместе с педагогом и ребенком, оценили, подбодрили. Для этого родителей нужно предупредить, предварительно подготовить, объяснив им задачи занятий изобразительным творчеством. Родители не должны акцентировать внимание на том, сам ли ребенок рисовал, похоже или не похоже получилось и т.п. Родители должны просто одобрить. Узнавать то, что нарисовано, нужно очень деликатно, чтобы узнать «то самое, что рисовал ребенок».

Когда Саша уверился в том, что он умеет рисовать, когда у него несколько раз, один за другим, «получались» на рисунках любимые предметы, я предложила ему, очень осторожно, другую тему. Эта тема была не совсем посторонней. Я предложила ему нарисовать «Мышку на помойке». Потом у нас появился «Ежик на куче листьев», «Собачка». У Саши «получалось». От того, что он чувствовал себя уверенно, он соглашался отступать от своих «особых тем», как бы стал в рисунках «открываться в мир». Интересно, что параллельно с этим Саша стал участвовать в делах группы, общаться с другими детьми. Расширение тем рисования, незаметный уход от «особых интересов», которые выражали на самом деле его одиночество, затрудненность общения и контакта с окружающим миром, помогли Саше решить его проблемы.

Вместе с этим мы с Сашей научились пользоваться красками. (Вначале он не понимал, что краски — это материал, с помощью которого можно выразить себя. Он их просто смешивал, переливал из баночки в баночку, составлял цвета.) Научились также закрашивать весь лист и видеть, что «это красиво». Решение таких задач, как бы параллельных, не первых, помогало нам в процессе творчества. Это тоже было необходимо, но как вспомогательные задачи. Закрашивание всего листа работает на результат, который так важен для наших детей. Выбор ребенком краски, возможность выплеснуть ее на бумагу также может освобождать ребенка от стрессов, от страхов, от подавляемых желаний.

Ваня Л. отказывался сидеть за партой, рисовать, брать в руки карандаш, хотя на занятия в Центр ходил уже год. У Вани были проблемы с пространственными представлениями, плохое зрение, особенно вблизи, неразвитая моторика, вялые кисти рук. Его ничто не интересовало, кроме машин. Требованиям подчинялся с трудом, разговаривал только на интересующую его тему.

Поэтому мы решили, что занятия изодетельностью, если бы они состоялись, могли бы дать ему очень много: ему необходимо было научиться видеть; видеть, что когда он что-то делает рукой — проводит линию или пятно — что-то остается на бумаге, что есть результат; это было необходимо, чтобы у него появился стимул брать в руки карандаш или кисть; ему необходим был положительный опыт «занятий», занятий, которые бы имели для него смысл, приносили радость.

Все занятия вначале опираются на сверхценные интересы ребенка, особенно если ребенок не занимался никогда изобразительной деятельностью или тем более отказывался рисовать. Чем сильнее негативизм ребенка по отношению к занятиям изодетельностью (или к занятиям вообще), тем большая тонкость требуется от педагога в понимании того, что любит ребенок и что его может заинтересовать, тем больше терпения требуется и тем более тесный контакт необходим между ребенком и педагогом. Этому вначале уделяется много внимания.

Поэтому сначала мы с Ваней очень много общались и разговаривали (играли) на его любимую тему. И однажды я стала рисовать машины. Рисуя, я рассказывала историю, Ваня ее дополнял. А я рисовала то, что он говорил, и то, что придумала я. И только один раз, когда Ваня был очень увлечен, я незаметно вложила кисть ему в руку (так, что он не заметил, что рисует он), и он нарисовал машину и светофор. Когда у него появилась неуверенность, я в тот же момент закончила рисунок его рукой, чтобы он не усомнился в своих возможностях.

Таким образом, первым этапом, началом рисования был рисунок педагога на тему сверхценных интересов ребенка, и только малую часть в нем выполнил сам ребенок. При этом ребенок следил за действием педагога, результат у него связывался с интересующей его историей.

Совершенно необходимо было в этом случае (именно из-за негативизма ребенка), чтобы он поначалу не фиксировался на том, что он рисует. А к тому моменту, когда он поймет, что рисует, чтобы у него уже был некоторый опыт занятий этим и уверенность в своих силах.

Вторым важным моментом в самом начале занятий была необходимость заниматься так, чтобы Ваня не усомнился в своих возможностях. Поэтому каждый раз, как только чувствовалось, что он не знает, «как сделать», я делала это его рукой вместе с ним. Я поступала так до тех пор, пока количество нарисованных машин было уже таково, что Ваня не задумывался, «как их рисовать».

Конечно, изображения были очень примитивны, но самым важным было то, что Ваня их узнавал, связывал со своими переживаниями и историями. Уже первую нашу с ним картину он «пересказал» маме, подробно и с восторгом объяснив, что там нарисовано.

Второй этап наших занятий включал все большее Ванино практическое участие в рисунке. Участие же педагога при этом уменьшалось. Хотя сочиняли сюжет мы вместе, я живо участвовала в его деятельности, задавала вопросы, предлагала решения. При этом тема рисования оставалась прежней. Она менялась незначительно и была ребенку привычна. Так продолжалось до тех пор, пока Ваня не стал рисовать самостоятельно. Он сам вбегал в комнату, сам начинал рассказывать и изображать на бумаге. Я нужна была ему, как соавтор, как слушатель, как эмоциональная поддержка.

Ниже приводится описание наших рисунков:

1. (Почти целиком нарисован педагогом) — изображение дороги, разных машин (светофор, дорожный знак и одна машина изображены Ваней), деревьев — елок вдоль дорог, милиционера, станции. Рассказ был о том, какая машина, какой марки, куда едет. Одна машина догоняет другую. В одной едет «виновник». Его догоняет милиционер. Конец истории придуман Ваней.

2. Дороги, едут машины разных марок. Вокруг растут елки. Одна машина (в ней нарушитель) превысила скорость. За ней едет милиция. Сирена воеет. Самосвал врезался в елку. Ее спиливают бензопилой. Звук бензопилы.

3. Дороги. Разные машины. Едет нарушитель, за ним гонится другая машина. Нарушитель заехал в лес. Убежал. За ним бежит милиционер.

Это только отдельные примеры Ваниных рисунков. При этом последние практически целиком рисовались им самим.

Когда ребенок обретает навыки:

- а) положительного впечатления от занятия,
- б) уверенности, что вот «это и это» он уже может рисовать,
- в) что тема ему хорошо известна,
- г) что он знает, как макать кисть в краску и прикасаться к бумаге.

Когда все это входит в привычку, можно решать следующие задачи, но не все сразу, а поочередно, меняя что-то одно и потом закрепляя это новое на нескольких занятиях.

Так как у Вани во всех «машинных» темах ярко проявлялся «острый момент» (аварии, преступник и т.п.), в них непременно присут-

ствовали пугающие Ваню громкие звуки (сирена, бензопила), машины у него обязательно сталкивались, милиционер догонял преступника и стрелял в него, т.е. агрессия и страхи были налицо, то перед нами встала задача, как помочь Ване с этими проблемами. Это определило следующий этап наших с ним занятий.

На этом этапе мы с ним рисовали прежние «острые» сюжеты, заканчивая их «мирно». «Винючник» у нас становился хорошим, люди, попавшие в аварию, везлись в больницу, мы рисовали врачей, скорую помощь и т.д..

Одновременно с этим мы вводили в прежние рисунки новые детали. Ваня соглашался на это при условии, чтобы мы не меняли тему. У нас появлялась туча, дождь, лужа, виновник проваливался в нее, его вытаскивали.

Кроме того, мы делали с ним надписи в процессе рисования (указатели на дорогах, надписи: «ГАИ», «Скорая помощь», «Больница»). Ваня, как только стал рисовать, некоторое время смог сидеть за партой, начал учиться писать и читать.

Когда было уже достаточно много всего нарисовано, я поняла, что можно попытаться «сменить тему». Так мы попытались прорисовать страхи. Мы рисовали страшный звук сирены (опять рисовала вначале больше я!). При этом кричали, топали ногами, изображали звук, а потом избавлялись от него (выкидывали, убирали) и «не боялись».

На смену сюжета целиком Ваня среагировал тревожно. Но желание общаться и рисовать было сильнее. Да и тема «звуков» тоже была для него «непосторонней». Он очень боялся того, что рисовал, но одновременно это его и притягивало. Поэтому он выбегал из комнаты, но снова возвращался. В глазах был ужас и восторг одновременно. Но в конце занятия мы с ним рисовали по-прежнему машины, чтобы он успокоился.

Таким образом мы создали новую последовательность хода занятий. Вначале мы рисовали уже новое (то, что было труднее), а в конце — то, что было привычно и нравилось.

Еще один рисунок на тему «страхов». То, чего Ваня боялся, не называлось. На рисунке был нарисован мальчик, а «страх» — спрятан в мешке. Ваня сам рисовал мальчика, мешок, на мешке завязку. Потом мы этот мешок пинали, тыкали и ничего «не боялись». А потом Ваня рисовал «ров с водой» и туда «выкидывал» мешок.

В это время у Вани стала проявляться в поведении выраженная агрессия, он бил маму, бывал очень возбужден. И чтобы уменьшить

агрессивные проявления, мы вернулись к прежним сюжетам, но уже иначе. Я пыталась до «любимой темы» добиться от Вани какого-то другого рисунка.

Я говорила: «Сейчас мы нарисуем дом, светофор, мальчика ...». Ваня в это время принимался рассказывать свою прежнюю историю. А я говорила: «Да, да ... мы обязательно нарисуем, но сначала ...» Ваня как бы подчинялся, но видно было, что он рисует механически, думает о другом и очень подавлен ...

Я думаю, что занятия изодетельностью должны проходить творчески. Они должны приносить ребенку радость и следовать его желаниям. Если не получается вызвать у него это желание, то нельзя настаивать на такой деятельности. Иначе ребенку можно навредить.

И тогда я стала искать тот момент, который «переключил» бы Ваню с его темы на другую без насилия. Я поняла, что этот момент должен быть посторонним, т.е. это не может быть сюжет, тема, которые навязываются. Это должно быть что-то совсем другое. Таким моментом оказалась постановка задачи не по смыслу, а по характеру исполнения. Теперь я просила Ваню так: «Давай закрасим весь лист, а потом нарисуем все, что хотим». Пока Ваня закрашивал лист, он забывал о том, на чем был зациклен. Увидев закрашенный лист, он уже попадал как бы в другую реальность, пространство, и фантазия его начинала развиваться по-другому. Так на «зеленой поляне» появился волк. Потом охотники на машине и заяц на пне. Так появился «дом феи Сединки», и началась другая сказка — про фею Сединку и господина-Рефлектора и т.д.

В этих сказках все равно присутствовали мотивы агрессии, была злая фея Надеру, которая всех била, но и добрая фея тоже была. Мы рисовали их дома, обстановку их жизни и т.д.

Нам не удалось избавиться от агрессии вообще; это был кусок Ваниной жизни, то, что мучает его. Но зато нам удалось существенно расширить круг Ваниных интересов.

Наши дальнейшие занятия шли по пути развития фантазии и расширения темы. В них появлялись агрессивные моменты, но мы «не зацикливались», «уходили» от них.

В конце года Ваня совершенно спокойно мог рисовать с группой детей одновременно, участвуя в общем сюжетном рисунке (темы «Дороги и машины», «Сказочная страна»), а также выполнять тематические задания на уроке по образцу и с натуры («Шмель», «Цветы»). Рисование не пугало его, а органично вошло в его занятия.

Еще важно обратить внимание на то, что в наших занятиях учитывались особенности зрения и пространственных представлений ребенка. Так как Ваня практически не видел вблизи, то мы начинали рисовать на расстоянии вытянутой руки, на больших листах, расстеленных на полу или висящих вертикально, полусидя, полулежа. И только потом, постепенно, иногда стали перемещаться за стол.

Благодаря занятиям Ваня пережил опыт общения, радости, увлечения, расширил круг своих возможностей, научился выражать себя, научился держать карандаш и кисть, начал садиться за парту и выполнять задания, писать буквы, «видеть» изображение, замечать результат своих действий.

Краткий список литературы по теме

1. *Битова А.Л.* Типология детей, которые не получают помощи в государственных учреждениях, в сб. «Особый ребенок и его окружение. Медицинские, социальные и психологические аспекты». Материалы международной конференции. — М., 1993.
2. *Герда Юн.* Дети с отклонениями: Родители о своих детях. — Кишинев, Штиинца, 1987.
3. *Захарова И.Ю.* Фольклорные танцы в лечебной педагогике. Игровые и арт-методы психотерапии и психокоррекции в медицине и педагогике. Тезисы конференции. Москва, 22–27 мая 1995 года.
4. *Иовчук Н.М., Битова А.Л., Моргун Н.Л., Дименштейн Р.П. и др.* Медико-социальные аспекты адаптации в малой коррекционной группе и семье детей с дефицитностью общения (методические рекомендации). Отчет по теме: «Лечебно-педагогическая помощь детям с синдромом аутизма». — М., 1992.
5. *Иовчук Н.М., Битова А.Л., Моргун Н.Л., Дименштейн Р.П. и др.* Адаптация в малой коррекционной группе и семье детей с дефицитностью общения (методические рекомендации). Отчет по теме: «Лечебно-педагогическая помощь детям с синдромом аутизма». — М., 1992.
6. *Каган В.Е.* Аутизм у детей. — Л.: Медицина, 1981.
7. *Лебединская К.С., Никольская О.С.* Диагностика раннего детского аутизма: Начальные проявления. — М.: Просвещение, 1991.
8. *Лебединская К.С., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. и др.* Дети с нарушениями общения: Ранний детский аутизм. — М.: Просвещение, 1991.

9. Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинз М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и способы их коррекции. — М.: Изд-во МГУ, 1990.
10. Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения. Сер. «Образование и педагогика: Педагогическая психология». — М., Педагогика, 1986.
11. Морзун Н.Л. Опыт создания школьного класса для детей с нарушениями общения, в сб. «Особый ребенок и его окружение. Медицинские, социальные и психологические аспекты». Материалы международной конференции. — М., 1993.
12. Пылаева Н.М., Ахутина Т.В. Формирование навыков программирования и контроля при работе с числовым рядом. Методические рекомендации и дидактический материал. Отчет по теме: «Нейропсихологическая диагностика и коррекция». М., 1992.
13. Juliette Alvin, Auriel Warwick. Music Therapy for the Autistic Children. Oxford, Oxford University Press, 1991.
14. Leslie Bunt. Music Therapy. An art beyond words. London and New York.
15. Music Therapy in Health and Education. Edited by Margaret Heal and Tony Wigram. Jessica Kingsley Publishers. London and Philadelphia, 1993.

Общая концепция интегративного детского сада

А.А. Цыганок, А.Л. Битова, Р.П. Дименштейн, И.В. Ларикова

Интегративный детский сад является инновационным образовательным учреждением, которое ставит перед собой задачи накопления каждым ребенком максимального социального потенциала, определяющего в дальнейшем как можно более широкие масштабы мира, в котором он сможет адаптироваться.

Для каждого ребенка содружеством специалистов интегративного детского сада выстраивается маршрут, некоторая цепочка, в

Разработана в рамках экспериментальной работы по теме «Интеграция — форма реабилитации и адаптации», I этап. — 1995.

каждом звене которой в рамках адекватного состоянию ребенка фрагмента интеграционного пространства ребенком набирается социальная динамика. Необходимая для этого способность определения всего комплекса абилитационных* воздействий на ребенка в данный момент, предполагающая наличие точного знания и точной интуиции, основана на интеграции профессионалов в работе с каждым конкретным ребенком. Интеграция профессионалов в интегративном детском саду представляет собой единое системное воздействие, выработанное совместными усилиями профессионалов разных профилей.

Осуществление абилитационно-адаптационного¹ процесса в интегративном детском саду основано на динамической, длительной диагностике для каждого ребенка. Каждое последующее звено интеграционного пространства становится ступенькой к дальнейшему расширению возможностей ребенка и повышению его образовательного уровня.

При сложившейся в нашей стране государственной системе образования и помощи детям с нарушениями развития детей часто объединяют по конкретным видам нарушений развития и здоровья в однородные группы (логопедические сады, сады для детей со сниженным зрением, соматическими заболеваниями и т.д.), что ограничивает возможности их развития, обедняет среду их общения. Положение усугубляется значительным увеличением числа детей (до 30% в массовых детских садах), которые имеют отклонения в психическом или физическом развитии, трудно адаптируются к жизни в детской группе, в семье, требуют пристального внимания с учетом их индивидуальных особенностей.

Для создания адекватных условий развития и обучения ребенка, наиболее полной и широкой адаптации его к окружающей действительности и своим собственным возможностям, к жизни в обычной нормальной среде, а не в ограниченной группе, функционирует дошкольная часть учреждения — интегративный детский сад, работа которого основана на следующих принципах.

¹ Под часто употребляемым термином «реабилитация» понимается возвращение утраченных возможностей; он неприменим, если речь идет о развитии ребенка, о процессе онтогенеза. Под термином «абилитация» мы понимаем формирование возможностей, которые не могут образоваться в ходе самостоятельного развития, без специальной коррекционной работы с ребенком.

1. В саду находятся дети разного возраста (по принципу «большой семьи»), с обычным развитием и с разными формами его нарушения. Взрослые, работающие с детьми, также входят в «общую семью».

2. Индивидуальный подход к ребенку предполагает не только учет в ходе воспитания и обучения его личностных особенностей и особенностей его познавательной деятельности. Для успешного преодоления имеющихся у ребенка трудностей развития необходимы их ранняя диагностика и возможно более ранняя направленная квалифицированная их коррекция.

В интегративном детском саду ребенок сразу оказывается в поле зрения различных специалистов. Организовывать жизнь детей и взрослых в группе должен специалист — квалифицированный дефектолог или психолог. Он знакомится с проблемами развития каждого ребенка, определяет необходимость для ребенка консультаций различных специалистов. Для осуществления наиболее полной и всесторонней помощи разным детям привлекается широкий круг специалистов: дефектологи, врачи, логопеды, психологи различного профиля, логоритмисты, специалисты по массажу и лечебной физкультуре, музыкотерапевты, арттерапевты и другие специалисты. Некоторые специалисты могут работать здесь постоянно, другие могут быть приглашены для консультации, когда того требует конкретная ситуация. Это позволяет осуществить комплексный подход к воспитательной и коррекционной работе, к развитию познавательной и эмоционально-волевой сферы ребенка, к его обучению.

3. Для осуществления конкретных видов деятельности (обучения, игр, коррекции, физкультурных и музыкальных занятий) дети объединяются в небольшие группы. Критериями формирования групп могут являться необходимость в помощи того или иного специалиста, возраст детей (при этом не обязательно паспортный, а отражающий реальный уровень психического или физического развития) и прочее. Состав группы также определяется задачей и формой деятельности, которая объединяет как всю группу одновременно, так и часть детей.

4. Важным принципом жизни детей в интегративном детском саду служит адекватная организация пространства и времени.

В помещении, где находятся дети в течение дня, выделяются комнаты, их части, столы для определенных видов занятий, еды, игр,

изодеятельности, обучения. Здесь могут находиться соответствующие виду занятия привлекательные предметы, игрушки, значимые для данного вида деятельности. На начальных этапах и для отдельных детей необходима организация деятельности в пространстве совместно со взрослым. Следует учитывать, что с изменением содержания деятельности меняются и формы взаимодействия с другими детьми, со взрослыми, что требует определенного опыта общения.

Вся жизнь ребенка в детском саду не должна быть постоянно жестко расписана по времени и видам выполнения занятий. Предшествующий опыт функционирования интегративного детского сада показал нецелесообразность создания режима дня, одинакового для всех без исключения детей. В рамках общего режима интегративного сада разные группы, разные дети могут жить в условиях разных режимов дня в соответствии с их индивидуальными особенностями. Наряду с необходимыми формами работы в течение дня дети имеют свободное время, в которое они сами выбирают, чем им заняться, с кем из других детей или взрослых общаться, где расположиться. Это способствует развитию собственной активности ребенка, его самостоятельности, помогает планировать время и деятельность.

5. Важным принципом работы с детьми является направленная организация их совместной деятельности, формы которой разнообразны.

Соблюдение этого принципа необходимо для развития социальных контактов, общения с природой, которые могут быть у ребенка не только не развиты или развиты слабо; часто отмечается их искаженное формирование в онтогенезе. К тому же для многих детей процесс обучения является малопривлекательным, мотивация для этого у них недостаточна или отсутствует; при этом приобретение определенных знаний и навыков необходимо. Правильно организованная совместная деятельность (например, в виде игры) может в непроизвольной форме дать ребенку или облегчить приобретение необходимых навыков и знаний, повысить мотивацию обучения. В интегративном детском саду применяется широкое многообразие форм организации совместной деятельности.

6. Взрослые, работающие с детьми, как и в реальной семье могут выполнять различные функции, играть разные роли — «мамы», которая знает все детские проблемы, понимает их, любому может

помочь; «старшего брата» и «сестры»; «бабушки» и «няни». Роли взрослых, в зависимости от ситуации и необходимости, могут меняться; иногда они имеют постоянный характер, так как личностные особенности любого человека определяют его место и роль в жизни семьи.

Группа взрослых, работающая с детьми, представляет собой сообщество единомышленников, которые разными путями добиваются развития и реализации всех возможностей ребенка. Для этого важно, чтобы каждый сотрудник имел представление о содержании работы своих коллег, составил для себя полную картину всех проблем ребенка, его жизни в семье и саду. Регулярно проводятся совместные обсуждения состояния детей, хода коррекции, трансляция опыта каждого специалиста.

7. Важной задачей является взаимодействие с родителями, помощь им в воспитании и развитии ребенка, в осуществлении общения с ним. В саду создается атмосфера «общего дома», чтобы в случаях возникновения различных трудностей родители не оставались один на один со своими проблемами, могли провести часть времени в группе, присутствовать на занятиях, чувствовать заинтересованность специалистов в помощи их детям.

Общие принципы функционирования интегративного детского сада, изложенные в концепции, помогают посещающим его детям успешно адаптироваться в сложном окружающем мире, максимально раскрыть свои возможности и способности, в случае необходимости получить полноценную многостороннюю помощь.

Опыт более чем четырех лет работы интегративного детского сада «Наш дом» показал, что соединение в одной группе столь разных детей, с нарушениями развития и без них, при правильном подходе оказывается крайне благотворным для тех и других: слабые дети тянутся за сильными, сильные помогают более слабым, а все вместе получают бесценный нравственный опыт и опыт социальной адаптации.

По достижении 6–7 лет адекватным социальным пространством для ребенка становится школа. Большинство выпускников интегративного детского сада продолжают образование в массовых образовательных учреждениях. Однако многие дети, успешно адаптирующиеся в интегративном детском саду, возможно, только ко 2–4-му классу выйдут на уровень массового образования. В этом случае для дости-

жения цели интеграции форма работы с ребенком должна быть постепенно изменена на школьную. Некоторым детям к 1-му классу, а некоторым — в течение еще нескольких лет необходима специально организованная образовательная среда. Школа равных возможностей выстраивает для ребенка соответствующую его возможностям школьную среду, которая в комплексе с интегративным детским садом обеспечивает цепь преемственности и логической завершенности адаптационно-абилитационного процесса, ведущегося в интегративном детском саду.

Обучение детей с различными нарушениями развития в школе равных возможностей направлено на преодоление огромного зазора между общеобразовательным и вспомогательным стандартом, резко ограничивающего развитие детей. Применение в школе равных возможностей вариативных программ, преодолевая этот зазор, дает возможность ребенку двигаться вверх постепенно.

Учитель в школе равных возможностей, помимо чисто образовательных задач, и прежде всего, призван решать собственно педагогические задачи. Он является основным интегратором детского сообщества в школе; он ведет дело к тому, что все дети постепенно начинают воспринимать друг друга и взаимодействовать друг с другом — сообщество интегрируется.

Цель работы интегративного детского учреждения — развить ребенка к переходу в следующий, более крупный и разнообразный мир. Социальная и образовательная система школы равных возможностей работает на постоянное повышение личностного, познавательного и социального статуса каждого ребенка, его образовательного уровня. Естественным, обычным и нормальным является постепенное улучшение состояния детей. Школа равных возможностей, внимательно следя за развитием каждого ребенка, отслеживает момент, когда ребенок готов к более высокому образовательному стандарту, предоставляя ему возможность поступления в общую сеть городских образовательных учреждений.

В основу абилитации детей с нарушениями развития в интегративном детском саду положены идеи выдающихся психологов Л.С. Выготского и А.Р. Лурии, опыт зарубежной и отечественной лечебной педагогики, опыт Центра лечебной педагогики и собственные разработки.

Принципы формирования смешанных групп детей и оптимальное построение единого абилитационно-педагогического процесса в интегративном детском саду

А.А. Цыганок (научный руководитель),
А.Л. Битова, Р.П. Дименштейн, И.В. Ларикова

Введение

В семье растёт ребенок. Пока он совсем мал, лежит в кроватке, сосет соску день и ночь, гуляет в коляске, закутанный в одеяло, у родителей не стоит вопрос, где его воспитывать (чаще говорят «растить», об обучении, как правило, речь не идет вообще) — дома или в дошкольном учреждении. В настоящее время очень редко, только в случаях крайнего неблагополучия в семье, отдают ребенка в ясли. Мама находится дома с малышом, возможна помощь других взрослых — бабушек и дедушек. Ребенка кормят, моют, с ним разговаривают, приносят ему всевозможные игрушки...

Но вот ребенок подросток, он уже ходит, легко перемещается по всей квартире, начинает говорить, требует к себе постоянного внимания, не отпускает взрослого от себя, любыми уловками стараясь удержать его рядом подольше. Капризы? Да нет же. Ему постоянно нужно общение — важнейшее средство, при помощи которого дети знакомятся с окружающим миром, приобретают необходимые навыки для ориентировки в быту, игры, обучения. А мама вечно занята, уйма дел не дают ей возможности постоянно находиться рядом с ребенком, да иногда и не хватает терпения, знаний, умения.

И тут вопрос возникает со всей остротой — детский сад или домашнее воспитание? И та, и другая форма вызывают множество «за»

Методические рекомендации для педагогов, дефектологов и психологов. Разработаны в рамках экспериментальной работы по теме «Интеграция — форма реабилитации и адаптации», II этап, 1996 г. Печатается в сокращении.

и «против». В саду — общение с другими детьми, обучение по специальным программам, соблюдение режима дня, да и время взрослых значительно высвобождается. С другой стороны, там дети часто болеют, заражаются друг от друга, набираются раньше времени «плохих» слов и привычек и с удовольствием вводят их в свой лексикон и поведенческий арсенал, да и воспитатели не имеют возможности уделять время каждому ребенку, выслушать, приласкать... Дети приобретают отрицательный социальный опыт — могут ударить, обидеть, наказать, что вызывает ответное агрессивное поведение и другие, часто нежелательные, проявления.

Все эти проблемы с неотвратимостью возникают, даже когда ребенок объективно здоров, нормально развивается в физическом и психическом отношении.

А если с ребенком что-то не в порядке? Как правило, именно в возрасте одного года у детей могут ярко проявиться различные трудности в развитии — не сидит, не ползает, не ходит, не говорит, слишком долго задерживается на стадиях «гуления» или «лепета», не реагирует на речь окружающих, не обращает внимания на игрушки... Перечисление возможных трудностей может занять множество страниц текста, их формы и проявления настолько разнообразны, что не хватит самой изощренной фантазии для их конкретизации и классификации. Все дефекты могли быть незаметны в период младенчества, даже в случае возникновения каких-либо подозрений от них быстро отмахивались: «перерастет», «маленький еще». И вот теперь — налицо те или другие нарушения. Множество специалистов дают часто противоречивые объяснения и прогнозы, ставят разные диагнозы, пугают страшными медицинскими терминами.

Прежде всего, не следует сразу отчаиваться и опускать руки. Одни и те же патологические проявления могут возникнуть при самых разнообразных заболеваниях, и не вызывает доверия тот специалист, который после первого же знакомства с ребенком дает точный прогноз его дальнейшего развития. Для такого прогноза нужны всесторонние исследования, различные мнения, но прежде всего — и это самое главное — необходимо длительное наблюдение за ребенком, изучение его возможностей в различных видах деятельности, исследование способностей к обучению, определение, как отмечал Л.С.Выготский, «зоны ближайшего развития ребенка».

В настоящее время до 60% детей даже в массовых детских садах имеют те или иные трудности развития. К школе часть из них усили-

вается, приобретает устойчивый характер, часть — сглаживается, «уходит» или же просто становится незаметной и проявляется уже в более позднее время.

Где должен находиться ребенок, если такие проблемы возникли? В специализированном детском саду — их много, там все дети похожи, друг друга не обижают, не дразнят, там работают специалисты. Но, с другой стороны, ребенок привыкает находиться в упрощенной среде, не обращать внимания на свои трудности, да еще копировать других детей. А как он потом адаптируется в обычном коллективе? Так и продолжит он свой путь во вспомогательной системе — школа, ПТУ (заметим, что вся эта сфера образования работает на понижение возможностей ребенка, не стараясь его «вытянуть»).

А в обычном детском саду — много детей, воспитатели всегда заняты, нет специалистов.

Известно, что наиболее часто встречающимися трудностями у ребенка являются нарушения речи различного характера. Во-первых, любые дефекты речи заметны и сразу обращают на себя внимание окружающих. Во-вторых, речевые трудности могут сопровождать любые аномалии в развитии, как психического, так и физического дизонтогенеза. В свою очередь, истинно речевые расстройства дезинтегрируют всю психическую деятельность (интеллект, память, восприятие) и поведение ребенка, откладывают отпечаток на эмоционально-личностной сфере. Как помочь ребенку в таком случае? Куда обратиться за помощью? Как организовать помощь дома?

Для решения проблемы таких детей — их развития, обучения, адаптации — мы создали интегративный детский сад «Наш дом».

Что такое коррекционная группа

Приступая к работе, мы прежде всего обратились к дефектологической и психологической литературе с целью ознакомления в исследованиях других авторов с методологическими, теоретическими и методическими основами групповой коррекционной работы с детьми с различными формами дизонтогенеза. Однако такие попытки оказались практически бесполезными. Описываются уже сложившиеся в системе народного образования традиционные группы детей (которые чаще всего патетически называются «коллективами») в виде школьного класса, группы детского сада, спортивной секции, кружка в Доме пионеров. Существуют и указания на возможность объединения де-

тей с одинаковыми речевыми трудностями в группы для преодоления дефектов. Чаще всего это касается детей с логоневрозами, которые приводят к коммуникативным расстройствам, что, по логике вещей, естественнее всего преодолевать в группе [3, 7, 21]. Отмечается также необходимость объединения детей в группы для решения их общих проблем, например при выраженной умственной отсталости [5, 15, 18]. Выделяется вопрос о важности организации совместной деятельности в группах таких детей.

Однако, к сожалению, нам не удалось обнаружить разработок теоретического или научно-практического характера по составу групп, их численности, возможностям комплектации, по организации межличностного взаимодействия в группе с использованием разработанного в социальной психологии арсенала средств. В литературе отсутствовало детальное изучение совместной деятельности, ее мотивов и мотивировок, целеобразования, предпочтительного содержания.

Более успешными наши поиски оказались при анализе литературы, связанной с реабилитацией взрослых, у которых по тем или иным причинам возникает афазия. Афазия представляет собой такое нарушение речи, которое возникает у взрослого человека или у ребенка с уже сформированной речевой системой после локального поражения мозга различной этиологии. Затрагивает афазия не только речь, но, благодаря системности, и все другие психические процессы — память, мышление, восприятие. Кроме того, дезинтегрируется все поведение, изменяется личность больного — возникают отрицательные личностные установки: страх речи, боязнь общения... Исследования в этой области многообразны, отличаются четкостью теоретических позиций, разработанностью методического подхода, обоснованностью выбора методов и их систем, конкретного методического материала.

Одним из важнейших и эффективных путей преодоления речевых нарушений при афазии являются групповые занятия, которые в сочетании с индивидуальными уроками через комплексное воздействие на больного позволяют достичь заметных результатов.

Групповая терапия предполагает учет не только патологических характеристик речи больного — формы речевого дефекта, степени его выраженности, негативного влияния на личность. С необходимостью используются знания о малой группе, ее структуре и механизмах, составе, способах функционирования. Групповая терапия направлена, прежде всего, на преодоление трудностей общей и вербальной коммуникации, что лежит в основе патологических проявлений при афазии [19].

Как отмечает П.Я.Гальперин [6], любые знания, умения не приобретаются человеком в готовом виде, они усваиваются лишь в процессе активной деятельности. Это в полной мере касается и преодоления тех речевых нарушений, которые возникают у человека при локальных поражениях мозга. Больные теряют усвоенный ранее коммуникативный опыт — социальные навыки. Известно, что социальный опыт человек приобретает в общении, которое на ранних этапах становления общества тесно слито с трудовой деятельностью. Затем общение постепенно отделяется от предметных действий, и его основной формой становится общение при помощи языка /12, 13/. В случаях речевой патологии, когда вербальное общение и оказывается более всего нарушенным, возникает потребность в объединении общения с предметными действиями. Этой цели и служит малая терапевтическая группа.

Важным моментом является отношение каждого участника группы к групповым целям и задачам. В этом плане малая терапевтическая группа больных с афазией, как, вероятно, и другие терапевтические группы, значительно отличается от групп здоровых людей, от трудового коллектива, прежде всего, тем, что в такой группе люди объединены для борьбы с проявлениями, вызванными болезнью. Больные, страдающие афазией, всегда в группе имеют одну общую цель — преодоление нарушений речи и восстановление возможностей вербальной коммуникации. Таким образом, реабилитация становится групповым смыслообразующим мотивом. Одновременно возникает целый ряд «мотивов-стимулов» — взаимопомощь, соревнование, самоутверждение и др. [8, 11, 19].

Таким образом, групповая реабилитация применяется широко именно в афазиологии. Направленное восстановление речи осуществляется через воздействие на вторично возникающие личностные установки и использование богатого коммуникативного арсенала любой группы, ее психотерапевтического влияния.

Анализ исследований в этой области позволил нам выделить те теоретические и методические аспекты, которые могут быть актуальными и для детской коррекционной группы.

Прежде всего, отметим еще раз сам факт именно групповой реабилитации, его положительное влияние на активизацию коммуникативных процессов, на всю личностную сферу человека.

В ходе групповой реабилитации необходим учет и использование известных механизмов групповой деятельности для достижения

стоящих перед группой целей — создание условий для взаимопомощи, соревнования, поддержки. Создаются возможности для раскрытия индивидуальных качеств каждого пациента, влияния положительного или отрицательного подкрепления результатов деятельности. Правильно организованное групповое взаимодействие ведет к повышению общей активности каждого больного, что прямо влияет на речевую активность, таким образом фиксируется улучшение и частных речевых процессов — названия, повторения речи, понимания звучащей и, соответственно, письменной речи.

Роль ведущего группы (педагога, дефектолога, психолога) изменяется в ходе группового процесса. Выступая на начальных этапах в роли лидера, организатора, руководителя, предлагающего формы и способы работы, постепенно он уходит в тень, снижает свою значимость для группы, стараясь уменьшить количество обращений к себе, передать свои функции кому-то из участников группы.

Следующий важный момент групповой реабилитации — количественный состав группы. Для группы больных с афазией он не превышает 3–5 человек. Такой небольшой состав группы вызван тем обстоятельством, что в групповом процессе одновременно должны принимать участие все пациенты. Педагог в каждый момент должен держать в поле своего внимания всех больных, знать и понимать, чем они заняты, иначе кто-то может «выпасть» из совместной деятельности, отвлечься, потерять нить работы, что очень трудно восстановить в силу речевого нарушения.

Имеются указания и о качественном составе группы. Наиболее активно работают группы, в которых при разных формах афатических расстройств соблюдаются схожие степени выраженности дефектов. Кроме того, желательно, чтобы в группы входили лица разного пола — мужчины и женщины. Немаловажными являются такие характеристики, как закрытость или открытость группы, длительность ее функционирования (не менее 10–15 занятий), частота встреч пациентов. Разработан, насыщен конкретным материалом целый ряд методических приемов и их систем, которые применяются на групповых занятиях с больными, страдающими афазией.

Здесь следует отметить, что афазия возникает у взрослых людей, у которых речь уже была сформирована, они жили в нормальном социуме, имели богатый опыт общения и взаимодействия с разными людьми. И тем не менее возникающие речевые нарушения затрагивают не только саму речь, но и, прежде всего, социальный опыт —

страдают все виды коммуникации, возникает страх речи. Групповая психотерапия направлена на преодоление именно этих проблем, помогает вернуть человека (и задача специалиста — сделать это как можно быстрее) в обычную среду. Работа с «афатиками» — очень приближительная модель, позволяющая определить подходы и условия работы с детьми. При этом нельзя не осознавать специфику такой работы, иначе неизбежны грубые ошибки. Так, ребенок с проблемами развития совершенно лишен обычного опыта общения. А пребывание его в замкнутом социальном окружении, среди детей с похожими дефектами или другими нарушениями ведет к приобретению искаженного опыта, свойственного только данной популяции. Попадая затем, после всей цепочки спецобразования, во взрослый мир, он уже никогда не сможет в нем адаптироваться, будет чувствовать свою постоянную ущербность, ненужность, неустроенность (не это ли — одна из криминальных тропинок). К тому же и общество людей, от которых все время скрывают инвалидов, «не таких», не готово их принять — не в силу своей бездушности, а из-за непонимания и неумения жить с ними рядом [9, 10].

Таким образом, проблема интеграции детей, совместного развития и обучения всех маленьких членов общества, стоит сегодня очень остро. Нельзя просто всех объединить в одном помещении, за одним столом и считать, что задача решена. Часто таким образом можно нанести вред ребенку. Нужны направленные исследования, а их практически нет.

Групповая работа детей в нашей стране изучалась в рамках дифференциального подхода. Следует отметить важность некоторых полученных результатов, и прежде всего касающихся организации совместной деятельности.

В известной работе [17] констатируется необходимость организации совместной деятельности умственно отсталых детей для формирования межличностных отношений в классном коллективе. В качестве объединяющей деятельности выступала постановка совместными силами класса кукольного спектакля. Благодаря игровому характеру, совместная работа имела яркую эмоциональную окраску. Значение игры усиливалось социальными факторами, например, показом спектакля в других классах, что увеличивало престижность деятельности, желание участвовать в ней. Одним из достижений данного исследования авторы считают возможность формирования у детей в таком контексте эталонов нравственных ценностей, так как

педагоги старались так организовать совместную деятельность, что, благодаря эмоциональному воздействию, у детей формировались нравственные представления и опыт.

В результате проведенной работы наметились положительные сдвиги в социальном и психическом статусах детей, уменьшилось количество непопулярных учащихся, расширился круг нравственных понятий и личных характеристик, которыми пользовались дети, общаясь друг с другом, появились более адекватные самооценки, улучшилось межличностное взаимодействие.

Положительная роль правильно организованной совместной деятельности отмечается и в восстановительном процессе больных с афазией. Так, даже в случаях очень грубых комплексных речевых расстройств, когда длительные индивидуальные занятия оказываются малоэффективными, а достижения, которых добиваются педагоги, не переносятся в расширенную среду (семья, больничная палата), групповой подход дает ощутимую пользу, и полученные результаты являются более стойкими и заметными для окружающих [20].

Влияние социально-психологических факторов выражается в том, что малая группа рассматривается в качестве особого феномена, промежуточного звена в системе «личность — общество», и центральное звено групповой структуры образует сама групповая деятельность [16]. Все процессы в группе определяются содержанием предметной деятельности, которая является основным интегрирующим фактором и главным признаком группы [1].

Тематика групповых занятий может быть самой разнообразной: от элементарных бытовых, а значит, упрощенных ситуаций (кухня, магазин, транспорт), до сложных эмоционально насыщенных бесед. Собственно, конкретные методы проведения занятий в группе не являются весьма значимым фактором. Все зависит от состава группы, ее подготовленности и квалификации педагога — его умения так организовать совместную деятельность участников группы, чтобы совместить их интересы и возможности, вызвать взаимодействие, снизить внимание пациентов к собственной нарушенной речи. Речь становится средством выполнения заданий, передачи информации другим: так, например, больному нужно не назвать предмет, а подсказать его название соседу, что для пациента гораздо проще сделать — меняется задача действия, оно направлено не на речь (которая страдает).

Таким образом, мы проанализировали ряд исследований, косвенно касающихся нашей работы, так как иные отсутствуют.

Проблема и задачи эксперимента

В этом исследовании мы рассматриваем одну из важнейших проблем современной дефектологии, психологии, логопедии — проблему организации помощи детям с различными отклонениями в развитии. Важнейший аспект этой проблемы — роль интегративного подхода и, в частности, коррекционной группы в исправлении имеющихся в онтогенезе отклонений. Наш собственный опыт и данные других авторов позволяют выделить целый ряд конкретных вопросов в этой области:

— каков должен быть количественный состав коррекционной группы в интегративном детском саду, влияет ли ее численность на эффективность коррекционного, обучающего и воспитательного процессов;

— каково значение состава группы по нозологическим характеристикам — должны ли в группы входить дети со сходными трудностями, или же нарушения должны быть различными;

— каковы должны быть формы организации совместной деятельности детей в коррекционных группах;

— какие специалисты должны осуществлять коррекционный процесс в детских группах; имеет ли смысл привлечение разных по профилю специалистов, или же в одном лице должны совмещаться разные профессиональные навыки.

Проблема коррекции любых речевых и психических трудностей в детском возрасте настолько остра, что актуальность ее не вызывает сомнения. Нарушения речи, которая является стержнем всей психической деятельности человека, приводят не только к неумению говорить или понимать речь окружающих. Это, прежде всего, — развивающаяся и закрепляющаяся с возрастом неспособность общаться.

К нарушению психического развития и формирования приводят самые разные причины — от врожденных органических заболеваний до раннего детского аутизма. Важное место в этой градации занимает травматизм, мозговые вредности, полученные в раннем возрасте. Стоит обратить внимание на такие явления, как атипия развития мозга (которая наблюдается, например, у левшей) и несформированность психической деятельности, вызванная неодновременным созреванием мозговых структур. Не стоит сбрасывать со счета и явления социального характера, такие как педагогическая запущенность, когда с самого раннего детства ребенок оказывается предоставленным сам себе, получает мало помощи от взрослых, что совершенно необходимо для

полноценного его развития; к тому же на неокрепшей психике ребенка отпечатываются все те конфликты и неурядицы, которые переживают взрослые, — распады семей, материальное неблагополучие... Все это также неблагоприятно сказывается на развитии психики, приводит не только к задержкам в развитии, но и к искажениям, а иногда и к необратимым явлениям в психическом развитии.

Детская коррекционная группа

Выше мы остановились на тех важнейших моментах, которые имеют место в групповой коррекционной работе. Все они требуют серьезного преломления в сознании и на практике, особенно при работе с детским контингентом. Однако эти знания и наш многолетний опыт групповой коррекционной работы с детьми разного возраста с целью формирования или исправления когнитивных и личностных аномалий помогли создать концептуальную модель детской коррекционной группы в интегративном детском саду.

Работа проводилась и продолжается на базе д/с N 1030–1067 (совместный проект Юго-Западного окружного Управления МДО и Центра лечебной педагогики).

Прежде всего мы исходим из того положения, что правильно и квалифицированно организованная коррекционная работа с ребенком всегда дает положительный результат, независимо от формы и степени выраженности нарушений его психических процессов.

Литература

1. Андреева Г.М. Социальная психология. — М., 1980.
2. Бурлакова М.К., Шелкова П.В. Варианты групповых занятий при афазии. — Дефектология. — 1983. — № 5.
3. Власова Н.А., Беккер К.П. (ред.). Заикание. — М., 1983.
4. Выготский Л.С. История развития высших психических функций. — Собр. соч. в 6 т. — Т. 3. — М., 1983.
5. Выготский Л.С. Коллектив как фактор развития дефектного ребенка. — Собр. соч. в 6 т. — Т. 5. — М., 1983.
6. Гальперин П.Я. Метод срезов и метод поэтапного формирования умственных действий. — Вопросы психологии. — 1974. — № 4.
7. Гиляровский В.Л. О нарушениях речи и мерах борьбы с ними. В кн.: «Вопросы патологии речи». — Т. 32 (81). — Харьков, 1959.

8. Глозман Ж.М. О факторах, влияющих на повышение мотивации к коммуникации при афазии. — МРЖ. — 1981. — Раздел XIX, № 6, публ. 686.
9. Р.П.Дименштейн, О.А.Герасименко. О перспективах интегративных процессов в дезинтегрирующей среде. В сб. «Возможности реабилитации детей с умственными и физическими ограничениями средствами образования». — ИПИ РАО, М., 1995.
10. Р.П.Дименштейн, О.А.Герасименко. О возможности интеграции в отдельно взятой организации. В сб. «Возможности реабилитации детей с умственными и физическими ограничениями средствами образования». — ИПИ РАО, М., 1995.
11. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. — М., 1977.
12. Леонтьев А.Н. Психологические основы дошкольной игры. Избр. психол. произв. в 2-х т. — Т. 1. — М., 1983.
13. Леонтьев А.Н. О дальнейшем психологическом анализе деятельности. Там же. — Т. II. — М., 1983.
14. Максименко М.Ю. Роль группы при реабилитации больных с афазией. Канд. дисс. канд. психол. наук. — М., 1988.
15. Осмина Е.В. Нейропсихологический анализ нарушений психического отражения времени при локальных поражениях мозга. Автореферат канд. дисс. канд. психол. наук. — М., 1991.
16. Петровский А.В. Личность. Деятельность. Коллектив. — М., 1982.
17. Продко Т.А., Китина О.Т. Значение совместной деятельности умственно отсталых школьников для формирования межличностных отношений в классном коллективе. — Дефектология. — 1991. — № 1.
18. Сорокина Н.В. Организация речевого общения дошкольников с нарушениями интеллекта на занятиях по развитию речи. — Дефектология. — 1990. — № 3.
19. Цветкова Л.С., Глозман Ж.М., Калита Н.Г., Максименко М.Ю., Цыганок А.А. Социально-психологический аспект реабилитации больных с афазией. — М., 1980.
20. Цыганок А.А., Краснопецева О.Г. Система методов групповых занятий с больными с афазией. В кн.: «Пятый Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. Тезисы докладов». — Т. II. — Иркутск, 1975.
21. Чевелева Н.И. К вопросу о заикании у детей. — Дефектология. — 1977. — № 1.
22. Шкловский В.М., Визель Т.Г. и др. Значение групповых занятий в реабилитации больных с последствиями инсульта и нейротравмы.

- В кн.: «Нейропсихологические исследования в неврологии, нейрохирургии и психиатрии». — Л., 1981.
23. Эльконин Д.Б. Игра, ее место и роль в развитии детей. – Дошкольное воспитание. — 1976. — № 5.

Вариативность и индивидуализация в образовании

О.А.Герасименко, Р.П.Дименштейн,
М.Л.Семенович, А.А.Цыганок

Постановка проблемы

Многие дети к общепринятому школьному возрасту не готовы к обучению в существующих образовательных учреждениях. Сюда относятся как дети с выраженными отклонениями в развитии, которых сразу никуда не принимают, так и ученики младших классов с различными особенностями познавательной сферы, поведения, трудностями общения и незначительными задержками развития. В образовательной практике можно видеть заметное расхождение между высоким образовательным стандартом и реальными затруднениями большого числа детей, которые не могут его достичь.

Образовательные стандарты закрепляют представления общества о ценностях образования: что считается полезным знать. Но при этом программы, методики, пути и средства образования и т.д., т.е. то, что мы объединяем понятием образовательная среда, адаптированы под некоего абстрактного, редкого в наше время ребенка, и находятся в заметном несоответствии возможностям современных детей. Попытка адаптировать конкретного ребенка к этой абстрактной образовательной среде для него травматична.

Снижать уровень базовых стандартов конечно же нельзя. Российская школа образования до настоящего времени не только не является отстающей по сравнению с развитыми странами Запада, но

Опубликовано в журнале «Частная школа», № 3, 1997.

во многом превосходит их. К тому же высокий стандарт позволяет развиваться детям с высоким познавательным потенциалом, и они должны иметь такую возможность.

Существенно трансформировать стандарты, даже если это окажется целесообразным, — такая задача может быть решена еще не скоро: обоснование направления и путей трансформации потребует многих лет исследований и экспериментов.

Альтернативой, как принято считать, является индивидуализация образования, т.е. возможность вести каждого конкретного ребенка в направлении высокого стандарта своим путем. Не снижая в целом уровня образования, можно сделать подступ к этому уровню для ряда детей более постепенным, для других же качественно иным. Таким образом изменяется не содержание, а методы и пути обучения.

Однако тотальная индивидуализация программ кажется нам идеей чисто декларативной. Надеяться, что каждый учитель сможет самостоятельно находить «индивидуальный путь» для каждого ученика — нереально. Учитывать особенности ребенка, брать на себя ответственность за данного конкретного ученика — дело чести учителя и дело его педагогического искусства. Но в наше время чуть ли не каждый ученик нуждается в нестандартном подходе. Часть учителей даже в такой сложной ситуации ищут, стараясь помочь как можно большему числу детей, другие не знают, как к этому подступиться. В сколько-нибудь значимых масштабах ситуация от этого не меняется.

Возможные пути решения

Дети разные, но их проблемы можно систематизировать и классифицировать. «Каждому ребенку — свою тропинку» — дело искусства учителя, дело же науки — описать некоторое количество путей, по которым смогут успешно двигаться дети с распространенными именно сейчас проблемами.

В существующей образовательной системе помощь детям с проблемами сосредоточилась на достижении адаптации, что подразумевает в основном некоторую локальную «работу над дефектом», в то время как полноценная работа по развитию и обучению предполагает смещение акцента на интеграцию. Дело в том, что адаптация в данных конкретных условиях может блокировать имеющийся потенциал развития. Если бы гадкий утенок из известной сказки Г.Х.Андерсена успешно прижился (адаптировался) на птичьем дворе, он ни

когда бы не смог интегрироваться в сообществе лебедей, т.е. в полной мере реализовать возможности, данные ему природой.

Интегративный подход, который с необходимостью включает в себя взаимную адаптацию ребенка и образовательной среды, должен, как нам кажется, в качестве этапа содержать типизацию образовательных подходов. Необходимо разобраться в проблемах современных детей, классифицировать их и создать программы, которые вели бы детей к более высокому уровню и к тому же сопровождались соответствующими абилитационными, компенсирующими мероприятиями.

Таким образом, мы приходим к идее промежуточных стандартов и вариативных программ. Но не в качестве дифференцирующего сита для отделения тех, кто успешно реализует свой образовательный потенциал, от тех, кто в предложенных условиях с этим не справляется, а как системы поддержки, позволяющей в конечном итоге реализовать свой потенциал как можно большему числу детей. Правильно выстроенная система стандартов и программ играет роль ступенек, по которым можно подниматься вверх.

Почему речь идет о системе программ? Вариативные программы не могут быть совершенно изолированы друг от друга. Набор программ должен быть устроен так, чтобы давать возможность перехода от одного промежуточного стандарта к другому, как по лесенке, вплоть до включения ребенка в общее образовательное пространство (mainstream). На такого рода маршрут по направлению к базовому стандарту каким-то детям потребуется не один год.

Описание исследования

Грамотная реализация вариативного подхода особенно важна для детей с нарушениями развития. Именно для таких детей непреодолим существующий зазор между вспомогательным и общеобразовательным стандартами. Обучение ребенка с нарушениями или особенностями развития должно быть направлено на помощь ему в преодолении того зазора между образовательными стандартами, в котором он оказался. Использование вариативных программ даст возможность ребенку двигаться вверх постепенно, в зависимости от хода его индивидуального развития, в индивидуальные для него сроки.

Именно так задачу образования представлял себе Л.С. Выготский, настаивавший на необходимости решать две задачи параллельно: совмещать коррекционную работу («компенсацию дефекта») и продолже-

ние обучения доступным для ребенка образом, используя все возможные «обходные маневры». Коррекционный аспект в концепции Л.С. Выготского проработан А.Р. Лурией. Не менее важно то, что подход, разработанный Лурией, дает средства для решения и второй задачи.

Путем согласованного комплексного психолого-медико-педагогического исследования с акцентом на нейропсихологическом анализе можно оценить реальное состояние психической сферы детей младшего школьного возраста (когнитивные и эмоционально-волевые процессы).

Такого рода работа проводилась в специально организованных подготовительных классах на базе интегративного детского сада Центра лечебной педагогики. Специалистами была обследована представительная выборка детей, которым предстояло учиться в обычной школе. Участие в диагностике принимали специалисты различных профилей — психологи, врачи (невропатолог, педиатр, психиатр), педагоги, дефектологи. Для исследования были выделены 42 ребенка группы риска. Уже на данном этапе обучения они испытывали заметные трудности, которые, как правило, препятствуют поступлению в школу либо при переходе в школу усиливаются и быстро приводят к неуспешности обучения. В построенной системе исследования и коррекции заключение специалистов не являлось «средним арифметическим» различных мнений, оно формировалось как единая «оценка состояния» на основании общего обсуждения с учетом разных составляющих. При этом центральным в этой системе выступает нейропсихологическое исследование, концентрирующее в себе и данные дефектологов и педагогов о состоянии психических процессов (познавательных и эмоционально-волевых), и данные врачей о причинах, вызвавших имеющиеся особенности или отклонения. Нейропсихолог выделяет причины возникших трудностей обучения на основе понимания актуального состояния базальных психических процессов.

На основании анализа типичных проблем обучения было выделено три основные группы особенностей психической сферы детей, которые необходимо учитывать при разработке программ начального образования и, что еще более важно, при выборе методических средств преподавания:

— проблемы динамической организации (гипер- и гиперактивность детей с особенностями нейродинамики протекания психических процессов — темпа, скорости, ритма);

— особенности познавательного развития;

— особенности развития эмоционально-волевой сферы и поведения.

Такая типология, с нашей точки зрения, необходима по нескольким причинам. Во-первых, нереально разработать индивидуальную программу обучения для каждого ребенка. Во-вторых, даже если бы невероятными усилиями специалистов такие программы были бы созданы, их применение в классе невозможно. Выделенные же группы детей отражают именно те типичные проблемы, с которыми педагог встречается в школе. Индивидуальный профиль каждого ребенка, подготовленный с учетом отнесения его к одной из трех выделенных групп, позволил разработать экспериментальные вариативные программы для детей, участвующих в исследовании.

Индивидуализация программ определялась не столько изменением их содержания, сколько изменением процедуры предъявления материала, путей его подачи учащимся. Так, например, для ребенка с ослабленной слухо-речевой памятью, но достаточно сформированной зрительной, естественно опираться в процессе обучения на наглядные образы, записи, разноцветные изображения. Детям с особенностями формирования и развития пространственных представлений, особенно на начальных этапах обучения, очень полезно использовать для письма вертикальные поверхности. Для этого можно использовать специально поворачивающиеся парты или прикрепленные к ним доски.

Часто гиперактивным детям трудно долго сидеть на одном месте. Поэтому резонно иногда разрешать им выполнять задание стоя. Это давно практикуется, например, для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, которые носят корсеты. Для этих детей существуют даже специальные парты типа бюро.

Для многих детей с особенностями развития нейродинамики протекания психических процессов характерны трудности «вхождения» в урок. Они медленно набирают темп и включаются в деятельность. Для них очень травматично, если с самого начала урока их спрашивают, вызывают к доске и т.п. Поэтому рекомендуется планировать их выходы к доске в конце или хотя бы в середине урока.

Заключение

Такие простые на первый взгляд приемы позволяют ребенку вопреки имеющимся трудностям успешно выполнять задания, а учителю избежать многих напряженных ситуаций на уроке.

Все дети, участвовавшие в эксперименте, поступили в обычные школы и в течение всего учебного года успешно учились, самостоятельно справляясь со своими проблемами.

Отмечено много индивидуальных особенностей развития, при которых общий унифицированный способ подачи не позволяет ребенку успешно воспринять и усвоить материал. Однако наш опыт показывает, что учет особенностей ребенка в рамках общего образовательного процесса и грамотный выбор программ и методов обучения дает возможность ребенку освоить необходимый материал и удержаться на уровне более высокого образовательного стандарта.

Изоляция или интеграция: два подхода к помощи детям с проблемами развития

**А.А.Цыганок, А.Л.Битова, Р.П.Дименштейн,
И.В.Ларикова, О.А.Герасименко**

В статье противопоставляются два подхода к помощи детям с проблемами развития: изоляция и интеграция, описываются формы образовательных учреждений, решающих задачу интеграции, формулируются основные принципы интеграции и предлагается проверенный на практике подход к общей организации развивающего образовательного процесса в интегративном образовательном учреждении (ИОУ). Завершает статью вопрос о переходе из дошкольного интегративного учреждения в начальную школу.

Отчет по теме «Психологические и организационные условия построения интегративной развивающей образовательной среды для детей «группы риска» на материале опыта Центра лечебной педагогики». Направление «Психолого-педагогические основы проектирования образовательных сред для детей «группы риска» в рамках Программы «Психолого-педагогические проблемы образования». Москва, 1998

Изоляция или интеграция?

В России существует сегодня два прямо противоположных подхода к помощи детям с проблемами развития.

Первый — объединение детей с одинаковыми нарушениями.

Этот способ реализуется в двух формах:

— закрытые учреждения системы социального обеспечения (интернаты);

— детские санатории и специализированные детские сады (в том числе пятидневные).

Практика многих десятилетий показала, что в таких учреждениях дети попадают в условия, не только не способствующие, но зачастую прямо препятствующие возможной компенсации имеющихся дефектов. Система помощи детям с отклонениями в развитии, осуществляемая в рамках собеса, направлена на отрыв ребенка от семьи и изоляцию его от общества. Имеющиеся государственные учреждения для детей с проблемами развития, в том числе пятидневные детские сады, интернаты и санатории, строятся, как правило, по нозологическому принципу и имеют клиническую направленность. Дети здесь на длительный срок оторваны от семьи, что лишает их эмоционального контакта с близкими, участия семьи в оказании помощи ребенку совместно со специалистами. При этом ребенок оказывается не просто «вынутым» из семьи: находясь в кругу себе подобных, он получает искаженный жизненный опыт, не усваивает норм обычного общения и морали, не получает соответствующих знаний и умений. Объединение детей с однотипными нарушениями формирует привычку к определенному стилю мышления и поведения, копированию друг друга при отсутствии другого опыта общения; за ребенком закрепляется клеймо «инвалида», у него возникает синдром госпитализма, и далее никто не пытается вывести его из этого состояния, если только он сам и его родители не ведут работу по его социальной адаптации.

В специализированных детских садах детей с проблемами развития объединяют по конкретным видам нарушений развития и здоровья в однородные группы (логопедические сады, сады для детей со сниженным зрением, соматическими заболеваниями и т.д.), что обедняет среду их общения и ограничивает возможности развития. Здесь все дети похожи друг на друга, их реже обижают и дразнят, здесь работают специалисты; но, с другой стороны, действуют те же неблагоприятные факторы: ребенок привыкает находиться в упрощенной

среде, не видит необходимости преодолевать свои трудности, копирует других детей. Такие учреждения организуются либо в педагогической системе, либо в медицинской, что обуславливает акцент на той или иной форме воздействия и невозможность междисциплинарного комплексного подхода к коррекционному процессу; дети с проблемами развития описываются в основном в медицинских терминах, что сразу же порождает инвалидизацию; с раннего возраста дети находятся на особом учете, т.е. получают «клеймо» на всю жизнь. Даже при высокой квалификации и доброжелательности педагогов, врачей, обслуживающего персонала этих учреждений, они в силу объективных причин никогда не смогут создать условий для последующего полноценного вхождения такого ребенка в нормальную социальную среду. В лучшем случае он продолжит свой путь во вспомогательной системе — школа, ПТУ, в самом лучшем случае попадет в коррекционный класс обычной школы. Отметим, что вся эта сфера образования работает сейчас на понижение возможностей и социального статуса ребенка, не стараясь «вытянуть» его на более высокий уровень. В худшем случае такой ребенок сразу после дошкольного учреждения или несколько позже окажется вне социума, будет вынужден «сидеть дома».

Второй, альтернативный, подход позволяет максимально реализовать потенциал развития ребенка, он предполагает одновременную абилитацию и социализацию, которые приводят в конечном итоге к интеграции ребенка в обычном социуме. Именно этот путь, путь построения единого интегративного образовательного пространства, общего для всех детей, рассматривается в последующих разделах.

Формы образовательных учреждений, решающих задачу включения детей с нарушениями развития в общее образовательное пространство

Возможно ли успешное решение такой задачи в рамках обычного образовательного учреждения?

В группе обычного детского учреждения довольно много детей; занятия ведутся одним педагогом с большими группами, что практически исключает индивидуализированный подход. Но главное — в обычном детском учреждении нет специалистов для успешной работы с детьми с проблемами психического и речевого развития, с выраженными особенностями личности и поведения; нет специалистов, обладающих знаниями и опытом для одновременной работы с деть-

ми с различными проблемами развития и без них, умеющих грамотно и терапевтично выстраивать жизнь смешанной группы детей.

Цель этой работы – формулирование организационных и психологических условий построения интегративной развивающей образовательной среды для детей с проблемами развития в рамках интегративного образовательного учреждения (ИОУ), что позволяет решать задачи интеграции ребенка с проблемами развития в естественном сообществе обычных сверстников, в едином нормальном социуме.

Интегративная развивающая образовательная среда понимается нами как система, подсистемами которой являются локальные интегративные развивающие образовательные среды.

Идея интеграции не является новой для нашего общества, однако многие понимают ее слишком прямолинейно: объединим обычных детей и детей с проблемами, и пусть они вместе живут и обучаются. Такое упрощенное понимание интеграции привело к ее краху, например, в Англии в 70-е годы.

Интеграцию мы понимаем как процесс, в рамках которого данное сообщество содействует реализации познавательного, личностного, социального потенциала каждого индивида этого сообщества. Иными словами, интеграция — это взаимная адаптация индивида и общества друг к другу. Абилитация (создание новых возможностей, наращивание потенциала, т.е. возможности личности реализоваться в данном сообществе), адаптация (реализация накопленного личностью потенциала в данном сообществе) и собственно интеграция могут рассматриваться как этапы единого сложного процесса интеграции.

Для обеспечения возможности интеграции необходимо построение единого образовательного пространства, по которому ребенок мог бы двигаться в сопровождении специалистов с самых ранних периодов жизни. В рамках учреждения, которое ставит перед собой интеграционные задачи, ребенком должен быть набран как можно больший потенциал, который и определит масштабы мира, где он в дальнейшем сможет адаптироваться. Специальным образом организованные локальные среды (или группы), куда попадает ребенок, должны усложняться постепенно и быть адекватными его актуальным возможностям и ближайшим задачам развития. Только такие условия могут пробудить к действию механизмы самореализации.

Для успешного наращивания потенциала ребенка необходимы длительные согласованные усилия большого числа специалистов.

Если проблемы развития ребенка достаточно серьезны, то такая задача на первом этапе по силам только центру комплексной помощи детям с проблемами развития (ЦКПД), где есть широкий спектр специалистов, возможности комплексного обследования и дальнейшей коррекционной работы с ребенком, динамического наблюдения за его состоянием. В ЦКПД ребенок должен пройти через индивидуально построенный для него ряд последовательных локальных сред, где каждая следующая более сложно для него организована, чем предыдущая, а весь маршрут в целом способствует накоплению ребенком социального и интеллектуального потенциала и его последующей интеграции вне центра в условиях, более приближенных к реальным.

Функции такого рода центра более девяти лет успешно выполняет Центр лечебной педагогики.

Психолого-педагогическая работа в учреждении, решающем задачи повышения личностного, познавательного и социального потенциала и статуса ребенка, должна быть выстроена так, чтобы на каждом уровне интеграции сначала преобладали центростремительные силы, а затем центробежные, подталкивающие ребенка вовне, в более широкий мир. Ребенок должен проследовать на следующую ступень.

В зависимости от тяжести исходных проблем ребенка и достигнутых результатов работы в ЦКПД, следующей ступенью вне центра для некоторых детей может быть даже обычное образовательное учреждение. Однако значительной части выпускников ЦКПД в течение еще некоторого времени — одного или нескольких лет — необходима специально организованная развивающая образовательная среда: мягкий, щадящий переход в обычное детское сообщество, детский сад или школу. Такой мягкий, постепенный переход от условий ЦКПД к обычному детскому учреждению может быть обеспечен в интегративном образовательном учреждении (ИОУ).

Для этого необходимо, в частности, отработать начальную и конечную фазы перехода: взаимодействие ИОУ, с одной стороны — с ЦКПД, а с другой — с детским учреждением следующей ступени, где продолжит образование выпускник ИОУ.

Основные принципы интеграции и общая организация развивающего образовательного процесса в ИОУ

Сложившаяся практика работы с ребенком с познавательными трудностями направлена, в первую очередь, на преодоление дефекта с

помощью специализированных коррекционных методик. Это безусловно важно. Однако на практике это приводит к тому, что активная работа по обучению и социализации ребенка откладывается «на потом», когда степень выраженности нарушения станет заметно меньше. При этом на уровне декларации остается тезис о необходимости одновременного разностороннего воздействия на ребенка.

Известна идея Л.С. Выготского о необходимости действовать в обоих этих направлениях параллельно, совмещать работу над дефектом и развитие и обучение ребенка. Коррекционный аспект в концепции Л.С. Выготского проработан А.Р. Лурией. Именно в учении А.Р. Лурии детально разработана система компенсации дефекта при помощи построения обходных путей.

Помощь детям с проблемами в существующей у нас образовательной системе сосредоточилась на достижении абилитации, что подразумевает как раз некоторую локальную работу над дефектом, в то время как полноценная работа по развитию и обучению предполагает смещение акцента на интеграцию.

Адаптация в данных конкретных условиях может блокировать имеющийся потенциал развития. Если бы гадкий утенок из известной сказки Г.Х.Андерсена успешно прижился (адаптировался) на птичьем дворе, он никогда бы не смог интегрироваться в сообществе лебедей, т.е. в полной мере реализовать возможности, данные ему природой.

Анализ опыта работы Центра лечебной педагогики и его взаимодействия с созданными им интегративными детскими садами и интегративной школой позволил сформулировать основы организации работы ИОУ и условия построения развивающей образовательной среды для детей с проблемами развития.

Работа базировалась на следующих основных принципах.

«Большая семья»

В ИОУ находятся дети разного возраста с обычным развитием и с различными формами его нарушений. Жизнь всего учреждения не подчиняется принятому «детсадовскому» разделению детей на группы, а протекает по принципу «большой семьи». Взрослые, работающие с детьми, также входят в общую «семью». Каждый специалист, кроме исполнения своих профессиональных функций, как бы играет в группе, как и в реальной семье, определенную роль, выполняет ту

или иную функцию — «мамы», которая знает все детские проблемы, понимает их, любому может помочь; «старшего брата» или «сестры»; «бабушки», «няни». Роли взрослых могут быть постоянными, но могут меняться в зависимости от ситуации и необходимости. Это зависит от личности взрослого, особенностей его характера, отношения к детям. Как правило, роли складываются сами собой, но в некоторых случаях взрослому приходится играть роль, необходимую по ходу развития ситуации в группе.

Для решения терапевтических задач в ситуации «большой семьи» активно используются всевозможные естественные опоры и способы поддержки, в том числе естественные родственные отношения. Так, весьма важным для приближения к модели семьи оказалось пребывание в этом же учреждении братьев и сестер детей, имеющих проблемы в развитии.

Хорошие отношения между детьми в семье обязательно используются как интегрирующий фактор: сохраненный ребенок-родственник оказывается в этом случае ко-терапевтом и «проводником», «интегратором», наряду с педагогом, для данного конкретного ребенка в детском сообществе. Если же в семье отношения между детьми осложнены, то они становятся объектом интегрирующего воздействия со стороны «большой семьи» ИОУ.

В работе ИОУ (как и ЦКПД) необходимо исключить атмосферу медицинского или специального педагогического учреждения, создать климат «общего дома» не только для детей, но и для их родителей, так как когда у ребенка обнаруживаются те или иные проблемы в развитии, родители оказываются в очень тяжелой душевной ситуации. А сформировать у ребенка жизненно важное чувство собственной значимости, полноценности, нужности другим людям возможно только в тесном контакте и взаимодействии с родителями.

Еще одно важное правило — дать ребенку почувствовать, что ему рады, что его здесь все с нетерпением ждут. Так, когда в положенное время ребенок приходит на занятия, все, кто в это время свободен, — и дети, и взрослые — выходят ему навстречу, здороваются с ним, если это возможно — за руку. Когда ребенок уходит, с ним также все прощаются, произносятся соответствующие слова, используя жестовые аналогии. Существуют и другие приемы создания комфортной обстановки для ребенка. Кроме того, он овладевает ситуативными коммуникативными средствами, принятыми навыками общения.

Интеграция взрослых, работающих с детьми

Индивидуальный подход к ребенку предполагает не только учет в ходе воспитания и обучения его личностных особенностей и особенностей его познавательной деятельности. Для успешного преодоления имеющихся у ребенка трудностей развития необходимы их ранняя диагностика и возможно более ранняя направленная квалифицированная их коррекция.

В ИОУ ребенок сразу оказывается в поле зрения различных специалистов. Организовывать жизнь детей и взрослых в группе должен квалифицированный дефектолог или психолог. Он знакомится с проблемами развития каждого ребенка, определяет необходимость помощи различных специалистов данному ребенку.

Кроме того, полноценный процесс интеграции — это не односторонний процесс, не просто введение кого-то в группу. Это всегда — взаимный процесс, интеграция сообщества. Группа должна быть готова принять нового участника с любыми проблемами. Но эта «готовность» — не только нравственное состояние группы. Новый ребенок должен занять в группе определенное, заранее подготовленное для него место. Кроме того, один из внутренних участников группы должен ему помочь. В ситуации детского учреждения это всегда взрослый, потому так высоки требования, предъявляемые к специалистам.

Для создания атмосферы общего дома в группе есть взрослый, который всех организует, объединяет, все знает и может помочь в любой ситуации, — это «мама». Во время игры по отношению к ребенку может исполняться роль друга, старшего брата. Необходимы учителя, няни, все те люди, которые присутствуют в реальной жизни.

Для обеспечения наиболее полной и всесторонней помощи разным детям привлекается широкий круг специалистов: дефектологи, врачи, логопеды, психологи различного профиля, логоритмисты, специалисты по массажу и лечебной физкультуре, музыкальной терапии, арттерапии и другие. Группа взрослых, работающая с детьми, представляет собой команду единомышленников, которые разными путями добиваются развития и реализации всех возможностей ребенка. Для этого важно, чтобы каждый сотрудник имел представление о содержании работы своих коллег, составил для себя полную картину проблем ребенка, его жизни в семье и ИОУ. Необходимы регулярные совместные обсуждения состояния детей, хода коррекционной работы, взаимный обмен опытом всех специалистов. Планы специалистов строятся относительно расширения социальной сферы, в которой ребенок смо-

жет нормально (адаптировано) себя ощущать, и того образовательного стандарта, в рамках которого он сможет получать образование.

Для каждого ребенка команда специалистов динамически выстраивает «маршрут», индивидуальную цепочку локальных интегративных развивающих образовательных сред, адекватных состоянию ребенка. На каждом этапе этой цепи должен расти познавательный и социальный потенциал ребенка и готовиться его переход к следующей, более сложной для него локальной среде. Динамическое построение целостного комплекса реабилитационных воздействий на ребенка в данный момент предполагает наличие точного знания и точной интуиции и основано на интеграции профессионалов в работе с каждым конкретным ребенком. Команда профессионалов определяет согласованное системное воздействие, результат совместных усилий специалистов разных профилей.

Особенности объединения детей для занятий и совместной деятельности в ИОУ

Попадая в ИОУ, ребенок сразу же оказывается в поле зрения нескольких специалистов различных профилей. Если это совсем маленькие дети или трудности, которые они испытывают в общении, в обучении, весьма выражены, то первое время занятия с ними могут проводиться только в индивидуальной форме. При этом на первых порах может сложиться такая ситуация, что с ребенком работает только один специалист — либо тот, контакт с которым легче всего налаживается, либо тот, помощь которого необходима в данный момент больше всего. На следующем этапе, когда некоторые результаты достигнуты (появился или расширился арсенал коммуникативных средств, увеличился пассивный и хотя бы минимальный активный словарь (вербальный или невербальный), закрепились хотя бы элементарные формы взаимодействия — еще не полноценного общения, а элементарного контакта), — можно подключать к коррекционной работе других специалистов. Сразу же необходимо создать условия для установления контакта с другими детьми через включение в микрогруппы (сначала — двое, потом и трое детей) для освоения самых простых форм совместной деятельности. Это еще не есть групповое взаимодействие в полном смысле слова. Дети еще не общаются, каждый из них самостоятельно выполняет задание, играет, манипулирует предметами. Но они уже сидят рядом, видят друг друга, видят, что делает сосед, как реагирует на взрослого.

Термином «группа» мы называем совокупность детей, которые специалистами отбираются для работы над формированием или исправлением когнитивных или поведенческих процессов. Работа с группой ведется в течение определенного времени (имеется в виду как длительный срок, так и ежедневное время занятий). Критерии отбора детей в группу могут быть самые разные. Как правило, нозологическая отнесенность таким критерием не является; в качестве основания отбора могут выступать внешние проявления (речевые трудности и т.п.). Например, дети могут быть объединены в группы для снижения социальной дезадаптации. Возможным критерием является возраст. Так, для подготовки к школе в группу могут объединяться дети одного возраста с учетом не только паспортных, но и психологических его аспектов. Для игры же, в быту непременно объединяются дети разного возраста.

Небольшая группа является промежуточным звеном на пути ребенка в общество. Во многих случаях, когда длительные индивидуальные занятия оказываются малоэффективными и результаты, которых добиваются специалисты, не переносятся в расширенную среду (семья, группа), занятия в группе дают заметную пользу и полученные результаты оказываются более стойкими. В групповом занятии одновременно должны принимать участие все дети. Педагог в каждый момент должен держать всех детей в поле своего внимания, понимать, чем они заняты, иначе кто-то может «выпасть» из совместной деятельности, отвлечься и потерять нить происходящего, что очень трудно потом восстановить. Поэтому количество детей в группе должно быть совсем небольшим.

Для осуществления конкретных видов деятельности (обучение, игра) и участия в занятиях (например, физкультурных и музыкальных, фронтальных логопедических и др.) дети объединяются в группы динамически. Критериями формирования групп могут являться необходимость в помощи того или иного специалиста, возраст детей (не обязательно паспортный, но отражающий реальный уровень психического или физического развития) и другие.

На более поздних этапах ребенок включается в расширенные группы (до 12 детей) для участия в более сложных формах совместной деятельности. Таким образом, процесс интеграции в ИОУ также идет постепенно, ребенок последовательно включается в ряд постепенно усложняющихся сред, адекватных состоянию и задачам его развития на каждом этапе.

Следует отметить, что ребенок не закрепляется жестко за одной какой-либо группой или специалистом. При необходимости он может «перемещаться» по группе из одной подгруппы в другую или же из группы в группу для выполнения определенных заданий, знакомства с новыми детьми, освоения других типов общения. Желательно, чтобы несколько групп одновременно работали в одном большом здании. По достижении определенных результатов, через какое-то время (например, через год) ребенок может перейти в другую группу для решения иных интеллектуальных и поведенческих задач.

Группа создает условия, в которых наряду с переживанием собственной успешности ребенок чувствует движение вперед всей группы. При этом для детей с выраженными трудностями в познавательной или иной сферах очень важно предварительно проработать на индивидуальных занятиях тот материал, который будет потом предъявлен на занятиях групповых; осуществляется принцип опережающего обучения, что определяет успешность и комфортность этого ребенка на занятиях в группе. Вообще, использование многообразия индивидуальных опор и способов поддержки занимает весомое место в арсенале средств построения развивающего образовательного процесса в ИОУ.

Во фронтальных занятиях наряду с ведущим взрослым, как правило, участвует сопровождающий для поддержки детей, испытывающих те или иные трудности. В его задачи входит ненавязчивое и деликатное осуществление этой поддержки без отвлечения на себя внимания детей от ведущего специалиста. При этом роль ведущего взрослого и характер поддержки меняется в зависимости от типа проводимого занятия, а иногда и по ходу занятия.

Качественный и количественный состав группы также определяется задачей и формой деятельности, которая объединяет как всю группу одновременно, так и часть детей. Как показывает опыт, создание групп из одинаковых детей не приводит к желаемому эффекту, упрощает среду, лишает участников полноценного общения. Примерный состав группы может быть следующим: основную часть группы составляют дети с негрубо выраженными проблемами (логоневрозы, дислалии, задержки психического развития, социальная дезадаптация) или без проблем — 5–7 человек. В эту же группу могут входить один или два ребенка с выраженными личностными проблемами, например невротик, ребенок с ранним детским аутизмом. Эти дети, как правило, обладают высоким интеллектом, музыкальны, справля-

ются со сложными заданиями, недоступными другим детям. Но более двух таких участников в группе нежелательно – они могут возбуждаться друг от друга, неактивны в контакте. Общение у них развивается во взаимодействии с другими детьми, за счет уподобления. Возможно присутствие в группе 2 детей со сниженным интеллектом, например, с синдромом Дауна. Такие дети, как правило, сохранены в эмоциональном плане, они устойчивы, исполнительны, доброжелательны, очень теплы в контакте; сами же они тянутся за теми, у кого выше интеллектуальные возможности. Общая численность группы не должна составлять более 12 человек; при этом не обязательно, чтобы дети всегда находились в группе одновременно, они могут посещать группу по индивидуальному графику.

Опыт работы ИОУ показал, что соединение в одной группе столь разных детей, с нарушениями развития и без них, при правильном подходе оказывается крайне благотворным для тех и других: слабые дети тянутся за сильными, сильные помогают более слабым, а все вместе получают бесценный нравственный опыт и опыт социальной адаптации, приобретают способности к социальному творчеству.

Значение специальной организации пространства и времени для жизни детей в ИОУ

Важным принципом построения среды в ИОУ служит адекватная организация пространства и времени.

Пространственно-временная организация является не только важным компонентом повседневной жизни человека, она опосредует деятельность головного мозга. Сформированные пространственные представления предполагают не только ориентировку в окружающем мире (в комнате, в квартире, на улице, в городе). Адекватное формирование мозговых структур обеспечивает необходимое взаимодействие всех составляющих пространственного анализа (его метрических, топологических, структурных характеристик). В свою очередь, психическое отражение пространства в условиях нормального онтогенеза служит основой для формирования многих психических процессов — рисунка, письма, чтения, счета, понимания и употребления логико-грамматических конструкций.

Организация пространства в ИОУ должна проходить несколько последовательных этапов в процессе работы с данным составом детей. Первый этап предполагает наличие закрепленных материальных опор. Так, если в помещении есть несколько комнат, то в каждой

из них осуществляется определенный вид деятельности. В одной — всегда проходят индивидуальные уроки, это что-то вроде школьного класса. В другой — чаепития, обеды. В остальных помещениях рисуют, разыгрывают сказочные сюжеты, проводят спортивные игры. В каждой комнате должны находиться какие-то привлекательные предметы, яркие необычные игрушки, которые символизируют данный вид деятельности, являются его сигналами. В комнате находится также человек (взрослый), который данным видом деятельности с детьми и занимается. Здесь тесно переплетены пространственные и функциональные составляющие деятельности, но важно, чтобы в определенный период времени сохранялась четкая пространственная организация. Этим воссоздается модель взрослого мира, где в большинстве случаев определенный род занятий также связан с местом его осуществления. Такая форма организации оказывается особенно полезной в случаях грубых отклонений в психическом развитии ребенка, когда страдает ориентировка не только в собственном мире, но и в окружающих предметах.

На начальных этапах работы, а для отдельных детей и позже, необходима организация деятельности в пространстве совместно со взрослым. Следует учитывать, что при переходе из одного помещения в другое меняется содержание деятельности ребенка, а с изменением содержания деятельности меняются и формы взаимодействия с другими детьми, со взрослыми, с предметным миром, что требует определенного опыта общения.

Надо отметить, что совсем не обязательно, чтобы в данном помещении ребенок занимался закрепленным за этим помещением видом деятельности; ребенок может выполнять здесь совершенно другие действия. Мы не навязываем детям определенный вид существования, мы лишь создаем поле, по которому ребенок может свободно двигаться, самостоятельно осваивать окружающий мир, мы создаем для этого необходимые условия.

Даже дети с выраженным проявлением раннего детского аутизма постепенно проявляют интерес, например, к комнате, где рисуют, и постепенно включаются сначала в наблюдение, затем в самостоятельную и позднее — в совместную деятельность. Так, видя изо дня в день, что в одной и той же комнате постоянно находится человек, который рисует что-то вместе с другими детьми на прикрепленном к стене листе бумаги, а рядом находятся карандаши, краски, мелки и другие специфические для рисования предметы, ребенок сначала только фиксиру-

ет это в своем сознании, потом заходит в комнату посмотреть, что там происходит, затем пытается что-то нарисовать, раскрасить и т.д.

Развитие организации пространства на следующих этапах работы может идти по нескольким направлениям: постепенно снимаются четкие материальные опоры, обозначающие формы деятельности; местом выполнения определенного рода работы теперь служит уголок в комнате или на столе; возможно условное обозначение или договоренность о выполнении той или иной работы в данном месте пространства («Это у нас лес...»). Важной становится сама деятельность и ее содержание.

Во время пребывания ребенка в группе необходимо выделять ему свободное время для самостоятельного выбора занятий, которые ему интересны и вызывают положительную эмоциональную реакцию. Этому также может служить пространственная организация работы в группе: известная комната или уголок могут быть предназначены для такого рода занятий по свободному выбору.

Наряду с пространственной организацией нельзя недооценивать фактор времени в процессе построения развивающей образовательной среды ИОУ для формирования личностных качеств и познавательных процессов ребенка. Жизнь окружающих взрослых имеет четкую временную организацию, последовательность выполнения операций, действий, видов деятельности. Адаптация ребенка к жизни в реальном мире требует не только формирования у него понятия времени как единицы измерения, но и соотнесения своих поступков и действий, установления их последовательности в соответствии с существующими представлениями о времени.

Организация времени в ИОУ предполагает задание ритма жизни в течение часа, дня, недели, года. Точно так же, как жизнь природы подчинена определенным законам протекания во времени, вся жизнь человека строится на соотнесении с временными промежутками, причем обусловлены они как социальными факторами, нормами жизни определенного общества, сообщества, группы, так и внутренними биологическими — ритм смены сна и бодрствования, сезонная смена настроения и самочувствия и др.

Каждому ребенку из общения с окружающими приходится усваивать временные последовательности, соотнесение временных промежутков с их названиями. Существуют специфические группы детей, для которых организация их деятельности во времени может стать решающим фактором в создании условий для их развития и

обучения. Дети с гиперактивным поведением, легко возбудимые и трудно потом успокаивающиеся, в ходе занятий усваивают, что каждому действию, виду работы соответствует свое время: игра сменяется уроком, сидение за столом — подвижными играми и т.д. Причем начало формирования адекватного отношения ко времени приходится на индивидуальные уроки, фиксированные временные промежутки сначала могут быть короткими, затем отрезки времени однородной деятельности увеличиваются, последовательность действий расширяется и усложняется, становится нормой работы всей группы. Такая форма работы оказалась полезной для детей с нарушениями поведения, с выраженной социальной дезадаптацией, детей с повышенной возбудимостью нервных процессов, малоактивных детей. Выполнение действий в строгой последовательности приучает ребенка к порядку, самоконтролю, готовит к выполнению тех требований, которые предъявляет реальная жизнь.

Вся жизнь ребенка в ИОУ не должна быть постоянно жестко расписана по времени и видам выполнения занятий. Опыт показал нецелесообразность фиксирования режима дня, совершенно одинакового для всех без исключения детей. В рамках общего режима ИОУ разные группы, разные дети могут жить в условиях разных режимов дня в соответствии с их индивидуальными особенностями. Наряду с обязательными формами работы в течение дня дети непременно имеют свободное время, в которое они сами выбирают, чем им заняться, с кем из других детей или взрослых общаться, где его провести. Это способствует развитию собственной активности и самостоятельности ребенка, помогает научиться планировать время и деятельность.

Основные принципы построения занятий с детьми в ИОУ

Известно, что в образовательной практике наблюдается заметное расхождение между высоким образовательным стандартом и реальными затруднениями большого числа детей, которые не могут его достичь. Программы, методики, пути и средства образования — то, что мы объединяем понятием «образовательная среда» — адаптированы пока еще под некоего абстрактного, среднего, редкого в наше время ребенка, и находятся в заметном несоответствии возможностям современных детей. Попытка приспособить конкретного ребенка к этой абстрактной образовательной среде для него травматична.

Снижать уровень базовых стандартов, конечно же, нельзя. Российская школа образования до настоящего времени не только не от-

стает от развитых стран Запада, но во многом превосходит их. 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. Не снижая в целом уровня образования, можно сделать подступ к этому уровню для ряда детей более постепенным, для других же качественно иным. Таким образом изменяется не содержание, а методы и пути обучения.

Однако тотальная индивидуализация программ представляется идеей чисто декларативной. Надеяться, что каждый педагог, воспитатель смогут самостоятельно находить «индивидуальный путь» для каждого ребенка, нереально: в наше время чуть ли не каждый ребенок нуждается в нестандартном подходе.

Выход виден в том, что, хотя дети и разные, но их проблемы можно систематизировать и классифицировать. «Каждому ребенку — свою тропинку» — дело искусства педагога, дело же науки — описать некоторое количество путей, по которым смогут успешно двигаться дети с распространенными именно сейчас проблемами.

Реальное состояние психической сферы детей дошкольного возраста (когнитивные и эмоционально-волевые процессы) оценивается в ИОУ путем согласованного комплексного психолого-медико-педагогического исследования с акцентом на нейропсихологическом исследовании, концентрирующем в себе и более «поверхностные» (педагог, дефектолог), и более «глубокие» (врачи) наблюдения. Нейропсихолог выделяет причины возникших познавательных трудностей, изучая актуальное состояние базальных психических процессов.

На основании проведенного исследования детей с типичными проблемами обучения выделены три основные группы особенностей психической сферы детей, которые необходимо учитывать при выборе методических средств преподавания:

— в I группе преобладают проблемы динамической организации (гипер- и гипоактивность детей с особенностями нейродинамики протекания психических процессов — темпа, скорости, ритма);

— во II — особенности познавательного развития;

— в III — особенности развития эмоционально-волевой сферы и поведения.

Сочетание разных проблем заметно усугубляет картину трудностей обучения и, как правило, не дает возможности ребенку удер-

жаться в обычном детском саду, тем более — в общеобразовательной школе.

На основе диагностики в ИОУ составляется индивидуальный профиль каждого ребенка с учетом отнесения его к одной из трех выделенных групп, который позволяет педагогам индивидуализировать обучение детей. Индивидуализация программ не определяется изменением их содержания, а заключается в изменении процедуры предъявления материала, пути его подачи детям.

Специфика интеграционного процесса в ИОУ, с одной стороны, требует применения специальных терапевтических средств, необходимых для развития интеллектуальной и эмоционально-волевой сферы детей в ИОУ; с другой стороны — в отношении собственно интеграции нужны другие типы занятий.

Классический тип занятий ориентирован на то, что успешными в них 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 успеха добивается ребенок с хорошо развитым слухом; чувством ритма; физическим развитием; скоростью реакции; вниманием; способностью к подражанию; зрительной или слуховой памятью; наилучшим коммуникативным талантом и т.д.

В каждом занятии дети, у которых развиты различные сферы психо-физической 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. Так, например, у детей с синдромом Дауна очень хорошее чувство цвета — это используется на занятиях изобразительного искусства. У аутичных детей хорошо развита фантазия, зачастую — феноменальная память; они обладают способностью четко придерживаться правил и потому успешны в различных играх с правилами. Дети с ослабленной слухо-речевой памятью, но достаточно сформированной зрительной, успешны, когда 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. А поскольку переживание успешности является сильным социализирующим и интегрирующим фактором, создание условий для этого прямо отвечает основным целям ИОУ.

**Постановка проблемы расширения среды
(выпуск в образовательные учреждения более высокой ступени)
и смягчение перехода из дошкольного учреждения
в начальную школу**

По достижении 6–7 лет адекватным социальным пространством для ребенка становится школа. Большинство выпускников дошкольного ИОУ продолжают образование в массовых образовательных учреждениях. Однако многие дети, успешно адаптирующиеся в ИОУ, возможно, только ко 2–4-му классу будут готовы к массовому образованию. Для достижения интеграции необходимо наличие следующего промежуточного звена: форма работы с ребенком в ИОУ должна быть изменена на школьную. Некоторым детям в течение еще нескольких лет необходима специально организованная развивающая образовательная среда.

Выход из создавшейся ситуации мы видим в постепенном построении единого интегративного образовательного пространства, общего для всех без исключения детей, на основе пространства вариативных учебных программ с возможностью перехода между ними и системы иерархически не упорядоченных образовательных стандартов.

Но промежуточные стандарты и вариативные программы должны работать не в качестве дифференцирующего сита для отделения тех, кто успешно реализует свой образовательный потенциал, от тех, кто в предложенных условиях с этим не справляется, а как системы поддержки, позволяющей в конечном итоге реализовать свой потенциал как можно большему числу детей. Правильно выстроенная система стандартов и программ играет роль ступенек, по которым можно подниматься вверх.

Грамотная реализация вариативного подхода особенно важна для детей с проблемами развития. Именно для таких детей непреодолим существующий зазор между вспомогательным и общеобразовательным стандартами. Обучение ребенка с нарушениями или особенностями развития должно быть направлено на помощь ему в преодо-

лении того зазора между образовательными стандартами, в котором он оказался. Использование вариативных программ даст возможность ребенку двигаться вверх постепенно, в зависимости от хода его индивидуального развития, в индивидуальные для него сроки.

В течение четырех лет в интегративном детском саду Центра лечебной педагогики функционировал экспериментальный первый класс, сыгравший роль мягкой переходной образовательной среды, которая позволила детям, обучавшимся в нем и имевшим различные проблемы развития и обучения, через год успешно поступать и далее учиться в школах по массовым программам. Используемые в этом классе программы ориентировались на массовый образовательный стандарт. Однако процедура предъявления материала и пути его подачи учащимся были существенно трансформированы с учетом результатов нейропсихологического исследования.

Подготовка ребенка к школе, вопреки традиционным представлениям, состоит вовсе не в обучении его письму, чтению и счету. Формирование этих навыков можно начинать лишь в тот период, когда уровень функционирования и строения базальных психических процессов достиг соответствующего состояния. Например, письмо предполагает, прежде всего, наличие мотивации к его осуществлению, планирование предполагаемого действия. Далее требуется сформированность процессов звукоразличения (как с точки зрения фонематического слуха, так и артикуляции), серийной организации, зрительно-пространственных представлений. Важны также точный выбор слова для выражения мысли, достаточный уровень памяти (слухо-речевой, зрительной, двигательной), необходимо развитие движений руки, глаз, зрительно-моторной координации. И, безусловно, каждое звено процесса, операции и действия в целом приходится постоянно контролировать.

Аналогичные цепочки выстраиваются для любого школьного навыка. К тому же в онтогенезе ребенка существуют периоды, чувствительные к формированию того или другого процесса. Если этот период по какой-либо причине пропущен, то процесс формируется с трудом, зачастую не автоматизируется или же функционирует искаженно. Сбой в любом из звеньев сложного навыка приводит к заметным трудностям обучения.

Существуют разработанные и апробированные системы развития и коррекции пространственных представлений, процессов программирования и контроля, серийной организации деятельности.

Выделенные нами три группы детей с типичными проблемами обучения требуют специальных методик преподавания и педагогических подходов.

В ходе работы показано, что дети с особенностями эмоционально-волевой сферы могут быть успешными и даже превосходить сверстников по многим познавательным показателям при адекватном построении отношений с ними на уроке. Детям с ослабленной слухоречевой памятью, но достаточно сформированной зрительной, естественно опираться в процессе обучения на наглядные образы, записи, разноцветные изображения. Детям с особенностями формирования и развития пространственных представлений, особенно на начальных этапах обучения, очень полезно писать на вертикальной поверхности. Для этого можно использовать специально поворачивающиеся парты или прикрепленные к ним доски. Гиперактивным детям трудно долго сидеть на одном месте. Поэтому можно иногда разрешать им выполнять задание стоя — существуют даже специальные парты типа бюро.

Учет нейродинамических особенностей протекания психических процессов предполагает учет индивидуальных темпа, ритма, скорости деятельности. Важным является и знание особенностей работоспособности — более успешная работа в начале, в середине, или в конце урока. В соответствии с этим формируются требования к группам детей, их размещению в классе, способам предъявления материала. Для большой группы детей с особенностями развития нейродинамики протекания психических процессов характерны трудности вхождения в урок. Они лишь постепенно набирают темп и включаются в деятельность. Для них очень травматично, если с самого начала урока их начинают спрашивать, вызывать к доске. Поэтому целесообразно запланировать их выходы к доске в конце или хотя бы в середине урока.

Существуют приемы, позволяющие детям вопреки имеющимся трудностям успешно выполнять задания, а учителю избежать многих напряженных ситуаций на уроке.

Работа с ребенком в условиях правильно организованной интегративной развивающей образовательной среды всегда дает положительный результат. Такой подход позволяет постепенно включить в общую образовательную среду те группы детей, с которыми не справляется существующая система образования.

В какой руке нести портфель?

А.А. Цыганок

В последние лет 10–12 мы все больше обращаем внимание на то, какой рукой человек работает, но особенно нас интересует, какая ведущая рука у ребенка. Это представляется настолько важным и значимым для дальнейшей судьбы малыша, что возникла необходимость поговорить о наших «леворуких» согражданах особо.

Обычно слово «левша», сказанное в адрес ребенка, звучит как диагноз. Это удивительно, ведь у людей существует множество отличий, которые не менее заметны, чем доминирование левой руки. Все люди (нормальные, здоровые) имеют индивидуальные особенности: рост, цвет глаз и волос, тембр голоса. Но мы же не беремся на этом основании ставить им диагнозы! Правда, темперамент и свойства характера довольно часто связывают с конституцией человека. Но мы-то знаем, что из этого правила очень много исключений, и, увидев худощавого мужчину или женщину, не приписываем им злость, резкость, агрессию. А вот встреча с леворуким человеком, как правило, настораживает, особенно если это касается ребенка. Все чаще и чаще к нам в Центр лечебной педагогики родители приводят детей с единственной жалобой: «Мой малыш пишет (рисует, ест и т.д.) левой рукой. Что делать?» Обычно этот вопрос начинает волновать мам и пап перед поступлением в школу; способ действия левой рукой связывают с различными особенностями или отклонениями в развитии.

В большинстве случаев причины обращения за консультацией выглядят следующим образом.

1. Малыш с детства берет предметы, ест, пишет, рисует левой рукой. Это нормально?

2. Раньше ребенок все делал левой рукой, но его переучили (бабушка, няня, воспитательница в детском саду)! Не вредно ли это для дальнейшего развития?

3. Учитель (воспитатель, психолог) сказал, что мой ребенок левша, и у него могут возникнуть серьезные проблемы в обучении (развитии, поведении). Что делать?

Опубликовано в журнале «Аистенок», 2003, № 9 (51).

4. Бывают и такие обращения. В школе (детском саду, поликлинике) мне сказали, что у моего сына (дочери) — скрытое левшество (иногда говорят — парциальное левшество). Как быть?

Ни на один вопрос, кроме последнего, я не могу ответить однозначно. Парциальных левшей, как и парциальных брюнетов, быть не может. Остальные же вопросы решаются в ходе специального, лучше нейропсихологического, обследования.

Левши и леворукие

Сначала разделим понятия «левшество» и «леворукость», которые лишь указывают на то, что основные виды деятельности человек выполняет левой рукой. Далее начинаются отличия.

Согласно представлениям отечественного нейропсихолога Анны Владимировны Семенович, у левшей особый тип мозговой организации психических процессов, а также отличные от правой внутри- и межполушарные механизмы. Левши — не «перевернутые» правши, не их зеркальное отображение. Действие левой рукой для них органично, естественно.

Левши имеют особенности, которые могут проявляться в познании окружающего мира, иногда эти особенности ярко выражены, иногда незаметны для окружающих. Настоящих левшей немного, не более 10–15%.

Стойкая, упорная деятельность левой рукой не всегда означает «левшество». Так, например, человек, потерявший правую руку, начинает работать левой, становится леворуким. В большинстве же случаев мы встречаемся с так называемой компенсаторной леворукостью, когда левая рука начинает играть ведущую роль из-за слабости правой. Причины бывают разными.

Одна из наиболее частых — выраженная асимметрия развития мозга на первом году жизни (помните, вам говорили, что у ребенка односторонний гипер— или гипотонус, делали массаж). Никак не проявляясь в течение нескольких лет, эта проблема нередко вновь дает знать о себе в дошкольном или раннем школьном возрасте.

В случае компенсаторной леворукости ситуация плоха тем, что правая рука не развивается полноценно, постепенно слабеет, становится все менее ловкой. При этом недостаточно развивается и левое полушарие мозга, которое напрямую связано с правой рукой. А ведь именно левое полушарие «заведует» слухоречевой памятью, речью,

процессами планирования, которые в отмеченных случаях также плохо формируются (хочу заметить — между левой рукой и правым полушарием взаимодействие складывается несколько иначе).

Таким образом, внешние проявления у левшей и леворуких одинаковы (работают левой рукой), а причины разные.

Переучивать или нет?

В действительности человеку с ведущей правой рукой жить гораздо удобнее — вся наша жизнь рассчитана на него: дверные ручки, бытовые приспособления, пространственная организация. Вот почему долгое время считалось, что ребенка обязательно надо научить все делать правой рукой — брать игрушку, ложку, карандаш или фломастер. При этом нужно строго следить за тем, чтобы малыш не ошибался, так как правая рука обязательно должна быть главной. Переучивали всегда, иногда самым жестким образом: привязывая левую руку к телу или стулу.

Никаких разумных объяснений этому не было. Мне довелось слышать и такое оправдание переучиванию — работа левой рукой якобы ослабляет работу сердца, так как оно тоже находится в левой половине тела, поэтому левши меньше живут, раньше умирают.

В последнее время многие родители и специалисты стали придерживаться другой крайности: переучивать нельзя ни в коем случае, ребенку надо дать возможность свободно развиваться, не следует вмешиваться в естественный ход событий; любое вмешательство вредно для здоровья, личностного роста, обучения. Ни та, ни другая позиция не являются однозначно правильными.

Невыдуманные истории

Хотелось бы привести два типичных случая из моей многолетней практики.

В первом случае мальчику было 12 лет, он рос неловким, заторможенным, плохо учился. Родители (папа — психолог) жаловались на его поведение, невротические проявления, замкнутость. В разговоре с родителями выяснилось, что ребенок все пытался делать левой рукой, но бабушке это не нравилось. Мальчика переучивали, левую руку прибинтовывали к туловищу, т.е. не давали развиваться в соответствии с заложенной программой. Нейропсихологические

исследования выявили у ребенка истинное левшество. Врач–невропатолог подтвердил это. Потребовалось очень много времени (2 года), чтобы изменить состояние ребенка, помочь ему справиться с трудностями. Результат при этом был не очень высоким.

И второй случай. Мама-психолог привела ко мне леворукого мальчика 11 лет. Ребенок с детства все делал левой рукой. Родители считают, что переучивать нельзя. Мальчик вялый, медлительный, быстро устает, плохо запоминает стихи, речь аграмматичная. Нейропсихологическое исследование выявило слабость, неловкость правой руки, обусловленную не ее нетренированностью, а особенностями психофизиологического развития. Врач-невропатолог подтвердил выявленную асимметрию. В 11 лет переучивать ребенка трудно, поэтому был предложен и согласован постепенный переход на двуручную деятельность, активизацию правой руки. В настоящее время мальчик успешно заканчивает школу.

Общий вывод: детей с компенсаторным левшеством переучивать надо, настоящих левшей нельзя переучивать, особенно в периоды перестроек в нервной системе. Позднее переучивание не ведет к тотальным последствиям и может быть оправдано.

Советы родителям

Думаю, целесообразно остановиться на основных моментах, на которые нужно обратить внимание при подготовке ребенка к школе, если у него ведущая рука — левая.

1. Необходимо выяснить: левшество у вашего малыша или леворукость. Ответить на этот вопрос может только специалист — в первую очередь нейропсихолог или опытный невропатолог. В некоторых случаях — дефектолог, который хорошо разбирается в проблемах организации психических процессов у детей.

2. Допустим, выяснилось, что ваш ребенок пользуется левой рукой компенсаторно, так как правая у него слабая и неловкая. В этом случае надо непременно активизировать правую руку. Предположим, ребенок уже привык все делать левой рукой и не хочет учиться работать правой. Не стоит слишком жестко настаивать, «ломать» малыша. Следует хотя бы по несколько минут в день «заставлять» работать правую руку.

3. Активизация руки (той или иной) не может проводиться изолированно. Мы всегда начинаем с развития двуручной деятельности

ти. Прежде всего это должны быть крупные движения обеими руками — игры в большой мяч, вымешивание большого количества глины или теста, игры в строительные конструкторы из больших блоков (которые удобнее брать двумя руками и устанавливать в возводимый объект). Мелкие движения — работа с конструктором из мелких деталей, компьютерной мышью, лепка из пластилина и т.п. — менее эффективны. В особых случаях врач может назначить массаж и ЛФК.

4. Если у ребенка при письме и рисовании очень напрягается рука, подберите толстую, нескользкую, мягко пишущую ручку, фломастер или карандаш. Научите малыша держать их правильно. Даже при письме левой рукой она не должна закрывать написанное, смазывать текст.

5. Вы заметили, что ребенок сидит за столом, перекосившись, одно плечо выше, другое ниже, голова опущена или склонена набок. Вы постоянно призываете сменить позу, но ваши замечания только ухудшают ситуацию. Нельзя заставить ребенка сознательно сесть по-другому. Пусть сам выберет удобную для себя позицию — забравшись с ногами на стул, стоя у доски или стены, лежа на полу на животе. Так удобнее действовать двумя руками, развивать зрительно-моторную координацию, да и зрительное восприятие в таком положении намного выше.

6. Очень важно, чтобы к 6–7 годам у ребенка определилась ведущая рука, тогда ему будет проще осваивать школьные навыки.

В нашем Центре с каждым пациентом работает многопрофильная команда специалистов, только в этом случае помощь будет эффективной. Каждый профессионал вносит свой вклад в коррекционно-развивающую программу. Многие рекомендации, приведенные в данной статье, принадлежат Леониду Михайловичу Зельдину.

И последнее. Если ребенок работает левой рукой и это никак не отражается на его поведении, познании мира, взаимодействии с окружающими — оставьте его в покое, не придумывайте ему проблем.

Если же возникли реальные проблемы, обратитесь к специалисту, только он может подсказать верные пути.

социальная адаптация, интеграция, толерантность

Каждый человек бесценен,
ибо в сердце у него
скрыты неисчислимые сокровища

А.А. Цыганок, Ю.К. Данилова

В 80–90-е годы Россия подписала международные конвенции о правах детей-инвалидов. Однако государственная система помощи детям с особенностями развития по-прежнему вызывает справедливую и серьезную критику. Как и раньше, таких детей стремятся отбраковать и изолировать. Особенно нелегко приходится детям с тяжелыми психоневрологическими проблемами — ранним аутизмом, синдромом Дауна, мозговыми дисфункциями, умственной отсталостью. Существующие интернаты продолжают оставаться «складами», где дети медленно угасают. А те, кому повезло больше и они воспитываются дома, все равно фактически заперты в четырех стенах.

По оценкам специалистов, только в Москве сейчас 10–15 тысяч детей с серьезными нарушениями развития.

Родители маленьких изгоев сталкиваются с неразрешимыми проблемами и с горечью понимают: у их ребенка нет социальных перспектив. Они ощущают себя беспомощными и отверженными обществом. Общество же предпочитает не замечать таких детей, считает инвалидов чем-то неприличным. Миф о том, что родители детей с отклонениями сами виноваты, мол, такие дети рождаются только у алкоголиков, проституток и наркоманов, накрепко прижился в народе. Как только выясняется, что у ребенка серьезные отклонения, мать начинают уговаривать сдать его в дом ребенка. В интернатах, куда

Опубликовано в газете «Первое сентября». — М., 1999. — № 89.

затем попадают такие дети, их состояние неизбежно и необратимо ухудшается. Заниматься с детьми ни у кого нет времени, к тому же считается, что добиться от них ничего нельзя. Всю оставшуюся жизнь ребенок обречен провести в изоляции, он практически вычеркивается из числа живых.

Родители, решившиеся, несмотря ни на что, сами воспитывать своего нестандартного ребенка, часто не знают, где искать помощи. Пенсии, положенной на ребенка, едва хватает на еду. Детских садов и школ для таких детей в стране катастрофически мало. В результате ребенок оказывается запертым дома, а мать прикована к нему и не может работать. Перспектива в этом случае у ребенка одна — сначала дом-тюрьма при стареющих родителях, а после их смерти — психоневрологический интернат.

А ведь система помощи детям с ограниченными возможностями может и должна быть эффективной. Проблема не в том, что наша страна переживает трудности и на все не хватает денег. На Западе тоже когда-то ситуация не отличалась от нашей. Однако родителям, общественности и специалистам постепенно удалось изменить систему помощи, добиться понимания и поддержки государства.

Сегодня она такова: как только родился ребенок с серьезными проблемами, его матери рассказывают о том, где и какая помощь их ждет, предлагают специальную литературу. Прямо в роддоме женщина знакомится с представителями родительских ассоциаций. Люди, столкнувшиеся с теми же трудностями, что и она, помогают ей скорее адаптироваться. Немедленно подключаются и специалисты служб психологической поддержки родителей. Таким образом, предпринимается немало усилий, чтобы ребенок остался в родной семье. А если родители все-таки отказываются от ребенка, что бывает очень редко, то ему подыскивают приемных родителей. Очень важно, что пенсии, которая полагается семье, воспитывающей ребенка с проблемами, хватает не только на содержание самого ребенка, но и на достойное существование матери. Она не оказывается в безвыходной ситуации, когда против своего желания вынуждена отказываться от ребенка, потому что просто не сможет прокормить его и себя. Государство выделяет деньги на медицинские и образовательные мероприятия для такого ребенка. Средства поступают тому учреждению, которое выбирают родители. Такая конкуренция побуждает образовательные учреждения работать как можно лучше: чем больше больных детей у них учится, тем больше денег они получают. В большинстве стран

Запада для детей с особыми потребностями существует такая же цепочка образовательных учреждений (вроде нашей «ясли–сад–школа»), как и для их обычных сверстников. Они имеют точно такое же право на образование и развитие.

У родителей большой выбор. Их ребенок может посещать специальное учреждение или обычное интегративное, где учатся здоровые дети, а среди них — небольшой процент детей с нарушениями. Можно отдать ребенка в детский сад или школу, где учатся дети с самыми разными нарушениями различной степени тяжести, в том числе и с легкими, и приближающимися к норме. Есть школы и сады для детей с каким-то одним видом нарушений, например, для аутичных детей или для слабослышащих. Как правило, при выборе сада или школы родители руководствуются советом врача или специалиста из местного Центра детского развития.

Такие центры есть практически везде. Они называются по-разному, но функции у них одни и те же: консультирование и помощь семьям, воспитывающим детей с проблемами развития. Например, в Центр детского развития при Варвикской больнице (Великобритания) попадают дети до 5 лет по направлению педиатра. После восьмидневного комплексного обследования ребенка направляют в одну из коррекционных групп — группу общения, развития движений, дефектологическую, игровую с родителями, логопедическую, музыкальную. Если у ребенка замечен прогресс, его переводят в другую группу, если нет, оставляют на повторный цикл занятий. Когда ребенка выпускают в специализированный или обычный садик, специалист центра, ведущий ребенка, взаимодействует со специалистами садика. Родителям даются домашние задания, которые они выполняют вместе с детьми.

Если ребенок с ограниченными возможностями учится в обычной школе, то муниципальные власти выделяют школе дополнительные средства, чтобы можно было нанять преподавателя, который помогал бы ему.

Интеграция ребенка с особыми потребностями в среде обычных детей — всегда главная цель воспитания и образования. Необходимость и взаимная польза совместного существования обычных людей и людей с нарушениями развития все яснее осознается на Западе. Модели такой интеграции могут быть разными. И даже если ребенок попал в спецшколу, это не означает, что путь в обычный мир для него закрыт. В школе «Рурталь» в Обербрухе (Германия) обучаются дети с глубокими умственными нарушениями. В ней 183 ученика.

Занимаясь с детьми по специальным программам, школа «Рурталь» в то же время участвует в программе интеграции своих учеников в обычные школы. На втором или третьем году обучения по четыре ученика с умственными нарушениями посещают начальные классы обычной школы. Им помогают учителя школы «Рурталь».

В помощи нуждаются не только дети с нарушениями развития, но и их родители. Специальные социальные службы помогают таким семьям. В небольших приютах родители могут на несколько часов, на выходные или на несколько дней оставить ребенка. Ведь матери тоже нуждаются в отдыхе. На такие приюты государство выделяет довольно значительные суммы.

Характерная особенность западной системы помощи детям с особыми потребностями: родители проблемных детей являются движущей силой и инициаторами многих полезных нововведений. Чаще всего все начинается с общественной инициативы, усилий родителей и специалистов-энтузиастов, а когда экономическая выгода такого начинания становится очевидной, государство предоставляет свою поддержку и финансирование.

Именно так было в Англии с системой взаимопомощи «Семейные связи». Суть ее в том, что некоторые семьи добровольно берут к себе детей с нарушениями развития на короткое время, давая таким образом передышку родителям сложного ребенка.

Семьи-помощники проходят специальную подготовку, каждой из них государство оказывает небольшую финансовую поддержку (около пятой части среднемесячной зарплаты). Между помощниками и семьей ребенка с проблемами устанавливается прочная связь. «Наш опыт показывает, что бесценен каждый человек, вне зависимости от того, есть ли у него те или иные нарушения, лишен ли он каких-то возможностей и, казалось бы, даже бесполезен для общества. Он бесценен, ибо в сердце у него скрыты неисчислимы сокровища», — пишет Жан Ванье, основатель христианской общины «Ковчег», в центре которой находятся умственно отсталые люди.

Но вот ребенок вырастает. Какой может быть его дальнейшая судьба? Получит ли он работу, займет ли достойное место в жизни?

На Западе действует система предпрофессиональной подготовки — различные мастерские: ремесленные, домашнего хозяйства. И для трудоустройства есть возможности с различной степенью интеграции в обычный мир. Роман Дименштейн, директор Московского центра лечебной педагогики, рассказал: «Мы побывали на шведской

фабрике музыкальных инструментов в городе Йерна. Все, кто здесь работает, за исключением нескольких руководителей, — люди с очень серьезными проблемами развития. Некоторые не могут разговаривать, другие ограничены в движении. Но они делают деревянные флейты, которые очень ценятся музыкантами.

Создатели фабрики сумели для каждого из работников найти доступное занятие, выстроили соответственно весь процесс изготовления инструментов. Кто-то может выполнять только очень простую операцию — просверливать отверстия при помощи специального станка. Другой не любит сидячей монотонной работы, поэтому собирает и выносит опилки. В каждой группе есть руководитель. Он помогает тем, у кого что-то не получается, учит начинающих, следит, чтобы люди не слишком уставали. Все работники зарабатывают неплохие деньги, что тоже важно».

Такие предприятия могут позволить себе богатые страны вроде Швеции. Но и у других стран немало возможностей. Потому что государством предусмотрены льготы для предприятий, которые дают работу людям с нарушениями развития (так, например, поступают в США и Франции). Возможны даже штрафы и дополнительные налоги для тех, кто не привлекает к работе таких людей.

Следующий уровень вовлеченности в обычную жизнь — мастерские, где работают люди с теми или иными нарушениями. Мастерские заключают договоры с крупными предприятиями на часть работы (например, сборку) или закупают полуфабрикат, а выпускают готовый к продаже продукт. Наконец, самый высокий уровень — когда специально создаются рабочие места, где люди с нарушениями развития получают возможность встречаться и общаться с обычными людьми. Например, ресторан или магазин. В итоге жизнь ребенка даже с очень тяжелыми нарушениями оказывается выстроенной в расчете на дальнюю перспективу. Он включен в жизнь. Он чувствует себя защищенным, принятым, а не отвергнутым обществом.

Принцип, который делает эту систему работающей, таков: родители — главные специалисты по проблемам своего ребенка, поэтому помощь получает прежде всего семья, воспитывающая ребенка с проблемами. Многолетний опыт показал, что такой подход дает людям с нарушениями развития не только надежную и эффективную помощь, но и обходится государству гораздо дешевле системы закрытых интернатов.

Семья и государство: от противостояния к диалогу

Р.П. Дименштейн, А.А. Цыганок, И.В. Ларикова

Детей с различными психическими и неврологическими нарушениями, с которыми мы работаем (а по оценкам специалистов, число таких детей превышает 2/3 от всех детей-инвалидов), до сих пор во многих местах традиционно считают «необучаемыми» и не принимают ни в какие образовательные учреждения. В результате семья, воспитывающая такого ребенка, попадает в совершенно «исключительные» условия: все вокруг водят детей в детский сад, школу, организуют для ребенка досуг; «нашей» же семье отвести ребенка некуда. Немногим «легче» типичные случаи, когда детей даже с незначительными трудностями обучения (познавательного или поведенческого характера) вытесняют из массовой школы на надомное обучение, во вспомогательные классы или школы, часто в «никуда» (без предложения каких-либо других форм обучения). В результате мама вынуждена оставить работу, быть прикованной к дому; семья зачастую попадает в социальную изоляцию, и клубок ее проблем нарастает, как снежный ком.

После подписания в начале 1990-х годов ряда международных соглашений в области прав детей и инвалидов Россия приняла известные законы и подзаконные акты, гарантирующие, в частности, права детей-инвалидов на образование и реабилитацию. В соответствии с этими законами любому ребенку, в том числе ребенку-инвалиду, государство обязано обеспечить адекватное его возможностям воспитание и образование. Однако на практике реабилитационно-образовательные услуги для многих детей в государственной системе отсутствуют: законы повсеместно нарушаются, попытки родителей реализовать права их детей на образование и реабилитацию терпят крах.

Формирование замкнутого круга, в который часто попадают при этом родители, — устные отказы в приеме в школы, в оформлении

Опубликовано в сб. «Особое детство: шаг навстречу переменам». М.: Тервинф, 2006.

компенсаций, непрерывное хождение по различным инстанциям в поисках гипотетических «необходимых» документов — обусловлено, на наш взгляд, двумя основными причинами. Первая — почти поголовная правовая неподготовленность работников органов образования и социальной защиты, вызванная в значительной степени быстро и резко меняющейся законодательной базой, а также отсутствием необходимой юридической поддержки в госучреждениях, плюс доставшаяся государственным органам от тоталитарного прошлого привычка скрывать от граждан их права. Вторая — отсутствие у родителей правового сознания, навыков правового поведения и установок толерантности по отношению к госслужащим в этой сфере.

Поэтому попытки родителей реализовать права своих детей на образование и реабилитацию оказываются не просто безуспешными, но и заканчиваются серьезными психическими срывами у родителей и детей, утверждением чувства безысходности, и в итоге — полным отказом от попыток помочь ребенку, отстоять его жизненные права на обучение. Возникает задача разорвать описанный выше порочный круг, коренным образом изменить стиль взаимодействия родителей и управленцев этой сферы.

В этой связи особое значение приобретает устранение второй причины — это единственное, что зависит непосредственно от самой семьи и находится полностью в ее руках. Решив эту проблему, семья получает точку опоры для последующей деятельности. Преодоление данной преграды в значительной степени ослабит и первую из причин, а вместе с ней — препятствие для реализации прав детей-инвалидов на образование и реабилитацию.

В отечественной культуре существует утвердившийся за много лет стиль общения представителей власти с гражданами. Он внедрен не только в среду управленцев, но и глубоко укоренился в сознании разных групп населения. В его основе — глубокое неравноправие взаимодействующих сторон, традиция отчуждения общества от власти, правовая неграмотность, взаимное недоверие, неумение конструктивно общаться. Обычно при первичном обращении чиновник демонстрирует либо резкое (до грубости), в крайнем случае — демонстративно-безразличное отношение, доводя родителей до слез; либо (что еще хуже) нарочито неформальное отношение: улыбки, «демократичный прием», «честно, только вам» объясняя, почему просьбу нельзя исполнить (при этом — никаких письменных «следов»). Часто именно на этой стадии родители отказываются от дальнейших дей-

ствий. Если же родители продолжают свои попытки, опираясь на известные законы, чиновники переходят к формальному обращению: возникают стены отчуждения, отказы в приеме (часто — по многу месяцев), отписки, отсылки в другие инстанции.

Много лет работая с семьями, воспитывающими детей с нарушениями развития, мы пришли к выводу, что именно в таких семьях находится та движущая сила, которая способствует созданию условий для интеграции ребенка в обычное сообщество. Семья, воспитывающая особого ребенка, поневоле набирает ресурс толерантности: постоянно находясь в нашем обществе «на особом положении», родители вынуждены в различных жизненных ситуациях (в транспорте, общественных местах и т.д.) выстраивать нормальное взаимодействие с людьми, для которых жизнь такой семьи непонятна и потому порой вызывает реакцию отторжения. Это «преимущество» позволяет родителям инициировать толерантный и конструктивный диалог и с представителями власти. Если управленец поддержит такое стремление, возникает плодотворное взаимодействие, позволяющее снижать напряженность и двигаться к намеченной цели.

Можно выделить следующие особенности предлагаемого подхода:

1. Проблема формирования толерантного взаимодействия предполагает обычно, что сильная сторона толерантна по отношению к слабой. Наш подход предполагает, что именно семья, находящаяся в крайне ущемленном и дискриминируемом положении, является генератором соответствующей гуманной системы отношений.

2. Мы рассматриваем не только гуманистическую самооценку толерантности, но и ее роль как определяющего условия конструктивного взаимодействия в острой ситуации.

3. Предлагаемый подход позволяет родителям решать достаточно серьезные и острые социальные задачи, вплоть до «запуска» пока еще не работающих законов, реализующих права их детей.

При соответствующей такому подходу психолого-правовой поддержке люди, которых пытаются поставить в положение маргиналов, тем не менее начинают ощущать себя равноправными партнерами в общении с чиновниками. У них появляется внутренний ресурс для ведения диалога с государством: они научаются тому, что надо делать, и как это делать, чтобы не «сойти с дистанции».

И если прежде мы помогали родителям вырабатывать и применять толерантные установки внутри семьи, в различных бытовых и

социальных ситуациях, — в последние годы мы вышли на принципиально новый этап в работе с семьей: мы помогаем родителям выводить «толерантные» установки на «внешний уровень» в неразрывной связи с осуществлением прав их детей на образование и реабилитацию. Наша цель — показать родителям, что *толерантная система взаимодействия при наличии определенного минимума правовых знаний очень эффективна для решения острых социальных проблем такого рода.*

Мы ставим перед родителями задачу научиться добиваться в каждой ситуации общения с чиновником конкретного конструктивного решения. На начальной стадии арсенал контактов родителей ограничен — это либо просительная, либо агрессивная позиция; ни одна из них не может привести к желаемому результату. Спокойно и хладнокровно отстаивая права своих детей, не поддаваясь на бюрократические уловки, родитель в то же время должен быть открыт к конструктивному взаимодействию — как только чиновник продемонстрирует деятельную позицию.

Став носителем толерантного стиля в общении с управленцами, семья существенно продвинется на пути реализации прав своего ребенка. Ведь по большому счету нас сдерживают не законы, а традиционная, давно отжившая система отношений. Уже за счет изменения отношений, — а здесь кроется громадный ресурс! — можно было бы многое изменить.

Поэтому мы убеждены, что необходимо менять стиль отношений в обществе, формируя толерантное пространство. Это поможет не только конкретному ребенку, но всем, кто нуждается в помощи. Понимание того, что толерантное взаимодействие и есть эффективный способ реализации своих прав, — залог успешного безболезненного разрешения описанных проблем.

ОСНОВНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ АНТОНИНЫ АНДРЕЕВНЫ ЦЫГАНОК

Цыганок А.А. К вопросу о нарушении понимания слова при афазии. / В кн: Новое в психологии. — М.: Изд. МГУ, 1975. — С. 129–137.

Цыганок А.А., Краснопевцева О.Г. Система методов групповых занятий с больными с афазией // «Пятый Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. Тезисы докладов». Т. II. — Иркутск, 1975.

Цветкова Л.С., Цыганок А.А. О нарушении понимания слова при афазии. — Вестник Московского университета (серия XIV «Психология»). — 1977. — № 2. — С. 61–68.

Цыганок А.А. Сравнительный анализ нарушения понимания слова при разных формах афазии. / В кн: Современные методы исследования в неврологии и психиатрии. Тезисы докладов всесоюзной конференции. — Курск, 1977. — С. 128–130.

Цыганок А.А. Влияние различных параметров слова на его понимание при афазии. / В кн: Проблемы изменения и восстановления психической деятельности. Тезисы докладов V Всесоюзного съезда психологов. — М., 1977. — С. 448–449.

Цветкова Л.С., Цыганок А.А. О нарушении понимания слова при разных формах афазии. // В книге *Badania Lingwistyczne nad Afazją*. — Warszawa: Ossolineum, 1978. — Р. 69–74.

Глозман Ж.М., Калита Н.Г., Цыганок А.А. Об одном методе групповой реабилитации больных с афазией. // МРЖ. — 1980. — Т. 9, № 1. — С. 146.

Цветкова Л.С., Глозман Ж.М., Калита Н.Г., Максименко М.Ю., Цыганок А.А. Социально-психологический аспект реабилитации больных с афазией. — М.: Изд. МГУ, 1980.

Glozman J.M., Kalita N.G., Tsyganok A.A. On one system of methods in aphasic group rehabilitation. // Intern. Journal Rehab. Research, 1980, v. 3, # 4, p. 519–526.

Цветкова Л.С., Глозман Ж.М., Калита Н.Г., Цыганок А.А. Групповые занятия с больными афазией (Методические рекомендации). — М.: Минздрав СССР, 1981.

Glozman J.M., Kalita N.G., Tsyganok A.A. On one system of methods in aphasic group rehabilitation. // *Rehabilitation Literature*, 1981, v. 42, # 7–8, p. 240.

Глозман Ж.М., Цыганок А.А. О некоторых аспектах изменения личности при афазии. // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1982. — № 12. — С. 67–72.

Цыганок А.А. Нарушение понимания слова при разных формах афазии. Автореферат диссертации на соискание степени кандидата психологических наук. — М., 1983.

Цыганок А.А. К вопросу о роли зрительного поля в восстановлении понимания слова при афазии. / В кн: Современное состояние исследований по изучению, обучению и трудовой подготовке аномальных детей. Тезисы докладов девятой научной сессии по дефектологии. — М., 1983. — С. 179.

Glozman J.M., Tsyganok A.A. Aspectos de la modificación de la personalidad en la afasia. // *Boletín de Psicología*, 1983, vol. 6, # 1, p. 1–10.

Glozman J.M., Tsyganok A.A. Some aspects of personality change in aphasia. // *Soviet neurology and psychiatry*, 1983, vol. 16, # 2, p. 15–27.

Общая концепция Центра лечебной педагогики. Проект Центра помощи детям с аномалиями развития: Отчет о НИП (промежуточный) / Центр лечебной педагогики (ЦЛП); — этап 1; инв. № 1. — М., 1991. — 23 с. — Авторы: А.Л. Битова, Р.П. Дименштейн, А.В. Семенович, А.А. Цыганок. Договор с Центром педагогических инноваций АПН СССР и РСФСР; № 17; 20.06.91.

Психолого-педагогическое сопровождение детей-левшей дошкольного и младшего школьного возраста. Методические рекомендации для педагогов и родителей: Отчет о НИП / Центр лечебной педагогики (ЦЛП); инв. № 19. — М., 1991. — 27 с. — Авторы: А.В. Семенович, А.А. Цыганок. Договор с Центром педагогических инноваций АПН СССР и РСФСР; № 17; 20.06.91.

Разработка модели психолого-медико-педагогических консультаций: Отчет о НИП (промежуточный) / Центр лечебной педагогики (ЦЛП); — этап 1; инв. № 16. — М., 1991. — 4 с. — Авторы: А.А. Цыганок, Т.В. Ахутина, А.Л. Битова, Р.П. Дименштейн. Договор с Гособразованием СССР, 1991.

Типовой Устав Центра помощи детям с аномалиями развития. Проект Центра помощи детям с аномалиями развития: Отчет о НИП (промежуточный) / Центр лечебной педагогики (ЦЛП); — этап 1; инв. № 2. — М., 1991. — 8 с. — Авторы: А.Л. Битова, Р.П. Дименштейн, А.А. Цыганок, О.А. Герасименко, И.В. Ларикова. Договор с Центром педагогических инноваций АПН СССР и РСФСР; № 17; 20.06.91.

Адаптация методов нейропсихологической диагностики развития детей с трудностями обучения в начальной школе. Материалы к методическим рекомендациям для нейропсихолога. Нейропсихологическая диагностика и коррекция детей с трудностями обучения в школе: Отчет о НИП (заключительный) / Центр лечебной педагогики (ЦЛП); — этап 2; инв. № 12. — М., 1991. — 54 с. — Авторы: Т.В. Ахутина, Ж.М. Глозман, С.Ю. Калинкина, М.Ю. Максименко, Е.В. Мрыхина, Н.М. Пылаева, А.А. Цыганок. Договор с Центром педагогических инноваций АПН СССР и РСФСР; № 17; 20.06.91.

Методические рекомендации для дефектологов и психологов по формированию и организации работы комплексных коррекционных групп в рамках Центра помощи детям с аномалиями развития. Проект Центра помощи детям с аномалиями развития: Отчет о НИП (заключительный) / Центр лечебной педагогики (ЦЛП); — этап 2; инв. № 8. — М., 1991. — 30 с. — Авторы: А.Л. Битова, Р.П. Дименштейн, А.В. Семенович, А.А. Цыганок, Т.Л. Агеева. Договор с Центром педагогических инноваций АПН СССР и РСФСР; № 17; 20.06.91.

Семенович А.В., Цыганок А.А. Вглядитесь в своего ребенка // Сверчок: Спецвыпуск № 1 газеты «Паритет». — М., 1991. — С. 3.

Разработка методов нейропсихологической диагностики готовности к школе детей с отклонениями в развитии. Методическое обеспечение диагностической службы. Материалы к методическим рекомендациям для дефектологов и психологов: Отчет о НИП / Центр лечебной педагогики (ЦЛП); инв. № 18. — М., 1992. — 5 с. — Авторы: Т.В. Ахутина, Ж.М. Глозман, М.Ю. Максименко, Н.М. Пылаева, С.Ю. Калинкина, Е.В. Мрыхина, А.А. Цыганок.

Семенович А.В., Умрихин С.О., Цыганок А.А. Нейропсихологический анализ школьной неуспеваемости среди учащихся массовых школ // Журнал высшей нервной деятельности им. Павлова И.П. — М., 1992. — Т. 42. — Вып. 4. — С. 665.

Semenovich A.V., Umrihin S.O., Tsyganok A.A. Une étude neuropsychologique de la non-réussite à l'école publique // XXV International Congress of Psychology in Brussels, 1992.

Экспертиза состояния детей, нуждающихся в коррекционной помощи: Отчет о НИП / Центр лечебной педагогики (ЦЛП); Составитель В.Ф. Спиридонов; инв. № 17. — М., 1992. — 15 с. — Авторы: А.А. Цыганок, Т.В. Ахутина, А.Л. Битова, Р.П. Дименштейн. Договор с Московским институтом повышения квалификации работников образования; 11.10.91.

Семенович А.В., Цыганок А.А. Внимание! Левша... Совет по делу // Учительская газета. — М., 1993. — 28 сент. — № 38.

Материалы к построению модели педагогической среды для детей-инвалидов с эмоционально-волевыми нарушениями и нарушениями общения: Отчет о НИП / Центр лечебной педагогики (ЦЛП); инв. № 20. — М., 1994. — 15 с. — Авторы: Н.Л. Моргун, З.М. Левина, А.А. Еремина, А.А. Цыганок, Ю.В. Липес, Т.Л. Агеева, О.Н. Проневская. Договор с Министерством образования РФ; № 3/94; 27.12.93.

Семенович А.В., Цыганок А.А. Психолого-педагогическое сопровождение детей-левшей // Особый ребенок и его окружение. Медицинские, социальные и психологические аспекты: Сборник материалов международной конференции / Под ред. А.Я. Варги и А.А. Северного. — М., 23–27 мая 1993. — М., 1994. — С. 41.

Семенович А.В., Цыганок А.А. Нейропсихологический анализ школьной дезадаптации // Там же. — С. 44–45.

Семенович А.В., Цыганок А.А. Нейропсихологический подход к типологии онтогенеза // Нейропсихология сегодня / Под ред. Е.Д. Хомской. — М.: Изд-во МГУ, 1995. — С. 170–183.

Цыганок А.А., Битова А.Л., Водинская М.В., Дименштейн Р.П., Захарова И.Ю., Липес Ю.В., Моргун Н.Л., Попова О.Ю., Тихонова О.А., Хатуцкая С.А. Методические рекомендации по организации педагогической среды для детей с эмоционально-волевыми нарушениями и нарушениями общения по Договору № 43 от 27.07.94. с Министерством образования РФ, 1995.

Цыганок А.А., Битова А.Л., Дименштейн Р.П., Ларинова И.В. Общая концепция интегративного детского сада / Отчет по I этапу экспериментальной работы в рамках окружной экспериментальной площадки ЮЗОУ МКО «Интеграция — форма реабилитации и адаптации». Научный руководитель канд. псих. наук А.А. Цыганок. — М., 1995.

Цыганок А.А. Предисловие к методическому пособию // Комплексный подход в диагностике и коррекции развития ребенка младшего школьного возраста. — Южно-Сахалинск: Эстетический Центр «Гармония», 1996. — С. 1.

Цыганок А.А. Развитие и коррекция пространственных представлений у детей // Психология сегодня: Материалы 1 Всероссийской научной конференции по психологии Российского психологического общества / Ежегодник Российского психологического общества «Психология сегодня». — М.: Научно-исследовательский и архитектурно-проектный центр «Надежность», 1996. — Т. 2. — Вып. 4. — С. 92–93.

Цыганок А.А., Битова А.Л., Дименштейн Р.П., Ларикова И.В. Методические рекомендации по принципам формирования смешанных групп детей и оптимальному построению единого реабилитационно-педагогического процесса в интегративном детском саду (для педагогов, дефектологов и психологов) / Отчет по II этапу экспериментальной работы в рамках окружной экспериментальной площадки ЮЗОУ МКО «Интеграция — форма реабилитации и адаптации». Научный руководитель канд. псих. наук А.А. Цыганок. — М., 1996.

Цыганок А.А., Битова А.Л., Дименштейн Р.П., Ларикова И.В. Методические рекомендации по общей организации работы интегративного детского сада (для работников органов управления образованием, методистов, педагогов, дефектологов и психологов) / Отчет по III этапу экспериментальной работы в рамках окружной экспериментальной площадки ЮЗОУ МКО «Интеграция — форма реабилитации и адаптации». Научный руководитель канд. псих. наук А.А. Цыганок. — М., 1997.

Герасименко О.А., Дименштейн Р.П., Семенович М.Л., Цыганок А.А. Вариативность и индивидуализация в образовании. — Частная школа. — М., 1997. — № 3. — С. 27–34.

Гордон Е.Б., Цыганок А.А. Пространственные представления у детей: их развитие и коррекция // I Международная конференция памяти А.Р. Лурии: Тезисы докладов. — М., 1997. — 24–26 сентября. / Под ред. Е.Д. Хомской, Ж.М. Глоzman, Д. Таппера. — С. 25–26.

Сидорова О.А., Цыганок А.А., Куликов М.А. Психофизиологические корреляты распознавания эмоциональных состояний больными с разной топикой поражения больших полушарий мозга // Там же. — С. 86.

Цыганок А.А., Варяник Е.В. Нейропсихологическое исследование уровня сформированности речевых автоматизированных рядов у младших школьников // Там же. — С. 104.

Научный отчет «Разработка программ начального образования: стандарт — вариативность — индивидуализация». руководи-

тель А.А. Цыганок / В рамках научно-исследовательского проекта, поддержанного Российским гуманитарным научным фондом (РГНФ). — М., 1998.

Отчет по проекту «Модель службы социально-психологической помощи детям с острой школьной дезадаптацией и их семьям». Руководитель А.А. Цыганок / В рамках проекта, поддержанного «ИОО Фонд Сороса» по программе «Гражданское общество», 1998.

Цыганок А.А. Предисловие редактора выпуска // Особый ребенок: исследования и опыт помощи: Материалы семинара «Организация службы социально-психологической помощи детям с острой школьной дезадаптацией и их семьям», М., 4–7 мая 1998 г. / Под ред. А.А. Цыганок / Центр лечебной педагогики. — М.: Теревинф, 1998. — Вып. 1. — С. 5–9.

Цыганок А.А., Ковязина М.С. О специфике нейропсихологической диагностики детей // Особый ребенок: исследования и опыт помощи: Материалы семинара «Организация службы социально-психологической помощи детям с острой школьной дезадаптацией и их семьям», М., 4–7 мая 1998 г. / Под ред. А.А. Цыганок / Центр лечебной педагогики. — М.: Теревинф, 1998. — Вып. 1. — С. 112–116.

Цыганок А.А., Битова А.Л., Дименштейн Р.П., Ларикова И.В., Герасименко О.А. Отчет по теме «Психологические и организационные условия построения интегративной развивающей образовательной среды для детей “группы риска” на материале опыта Центра лечебной педагогики» в рамках направления «Психолого-педагогические основы проектирования образовательных сред для детей “группы риска”». Программа «Психолого-педагогические проблемы образования». — М., 1998.

Отчет по проекту «Социализация ребенка: создание условий для преодоления дезадаaptации» / В рамках проекта, поддержанного «ИОО Фонд Сороса» по программе «Гражданское общество». — М., 1999.

Цыганок А.А., Данилова Ю.К. Каждый человек бесценен, ибо в сердце у него скрыты неисчислимые сокровища // Первое сентября. — М., 1999. — 18 декабря. — № 89.

Цыганок А.А. Нейропсихологическое обследование // Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / Под ред. С.Ю. Циркина. — СПб.: Питер, 1999. — С. 83–84.

Цыганок А.А. Нейропсихология // Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / Под ред. С.Ю. Циркина. — СПб.: Питер, 1999. — С. 603–604.

Цыганок А.А., Гордон Е.Б. Коррекция пространственных представлений у детей // Особый ребенок: исследования и опыт помощи: Научно-практический сборник. — М.: Центр лечебной педагогики, 1999. — Вып. 2. — С. 101–109.

Bitowa Anna, Ziganok Antonina. Neue Ansätze in der ambulanten Therapie behinderter Kinder. Multiplikatorenfortbildung in Moskau. // Diakonie Jahrbuch, 2000. — Stuttgart: Dakonie-Verlag der gustav Werner Stiftung zum Bruderhaus, 2000. — S. 147–150.

Цыганок А.А. Предисловие // Особый ребенок: исследования и опыт помощи: проблемы интеграции и социализации. — М.: Центр лечебной педагогики, 2000. — Вып. 3. — С. 3.

Цыганок А.А. Об этом выпуске // Особый ребенок: исследования и опыт помощи: Музыка и танцы в коррекции нарушений развития у детей. — М.: Центр лечебной педагогики, 2001. — Вып. 4. — С. 4–5.

Константинова И.С., Цыганок А.А. Восприятие музыкальных произведений детьми // Особый ребенок: исследования и опыт помощи: Музыка и танцы в коррекции нарушений развития у детей. — М.: Центр лечебной педагогики, 2001. — Вып. 4. — С. 6–15.

Пронина Н.Н., Цыганок А.А. Предисловие // Социально-педагогическая интеграция в России. Первые шаги (Толерантность: объединяем усилия) / Центр лечебной педагогики / Под ред. А.А. Цыганок. — М.: Теревинф, 2001. — С. 3–6.

Цыганок А.А. Сообщество, где каждый найдет себе место // Детский сад со всех сторон. — СПб., 2001, май, № 19 (55). — С. 6 (1).

Цыганок А.А. Я надеюсь. Всероссийский конкурс семейного плаката «Школа толерантности» / ИОО Фонд Сороса. — М.: БОНФИ, 2001. — С. 31.

Цыганок А.А., Константинова И.С. Нейропсихологический анализ динамики восприятия музыки детьми // Конгресс по детской психиатрии. Материалы конгресса. 25–28 сентября 2001 г. — М.: РОС-ИНЭКС, 2001. — С. 337–338.

Общество и семья с особым ребенком — шаг навстречу друг другу. Выходим из дома. — М.: Институт «Открытое общество. Фонд содействия», РБОО «Центр лечебной педагогики», 2002.

Общество и семья с особым ребенком — шаг навстречу друг другу. Организация времени — путь к организации поведения. — М.: Институт «Открытое общество. Фонд содействия», РБОО «Центр лечебной педагогики», 2002.

Общество и семья с особым ребенком — шаг навстречу друг другу. Сделайте дом удобным для ребенка. — М.: Институт «Открытое общество. Фонд содействия», РБОО «Центр лечебной педагогики», 2002.

Константинова И.С., Цыганок А.А. Развитие психических процессов в онтогенезе (на примере восприятия музыки) // А.Р. Лурия и психология XXI века. Вторая международная конференция, посвященная 100-летию со дня рождения А.Р. Лурия. Тезисы сообщений / Под ред. Т.В. Ахутиной, Ж.М. Глозман, Д. Таппера. — М.: АНО «Учебно-методическое объединение «Инсайт», Факультет психологии МГУ, 2002. — С. 71–72.

Цыганок А.А. Отчет Центра лечебной педагогики по гранту СТА101 «Общество и семья с “особым” ребенком — шаг навстречу друг другу» за период 15.07.2001–15.05.2002. — 21 с.

Битова А.Л., Рева А.Л., Цыганок А.А., Тимофеева А.М., Морозова М.А., Зельдин Л.М., Пак В.Д., Тихонова О.А., Зарубина Ю.Г. Опыт Центра лечебной педагогики в диагностике и коррекции нарушений развития детей раннего возраста // Методические рекомендации по использованию различных методик раннего выявления и коррекции нарушений психического развития детей. Министерство образования Московской области, РБОО «Центр лечебной педагогики» — Областная целевая программа «Развитие образования Московской области на 2001–2005 гг.». — М., 2003. — 19 с.

Цыганок А.А. В какой руке нести портфель? // Аистенок. — №9 (51). — Сентябрь 2003, с. 44–45. URL архивного файла: <http://scdl.narod.ru/scdlzip/TSYGAN04.ZIP>.

Цыганок А.А., Варяник Е.В. Нейропсихологическое исследование уровня сформированности речевых автоматизированных рядов у младших школьников // I Международная конференция памяти А.Р. Лурии. Тезисы докладов. Москва, 24–26 сентября 1997 г. / Московский государственный университет им. М.В.Ломоносова, Российская академия наук, Российская академия образования, Российское психологическое общество, Международный центр исследования человека «СанРэй» НИИ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко / Под ред. Е.Д. Хомской, Ж.М. Глозман, Д. Таппера. — М., 1997. — С. 104. URL архивного файла: <http://scdl.narod.ru/scdlzip/TSYGAN05.ZIP>.

Цыганок А.А., Константинова И.С. Нейропсихологический анализ динамики восприятия музыки детьми // Конгресс по детской психиатрии. Материалы конгресса. 25–28 сентября 2001 г. — М.:

РОСИНЭКС. — 2001. — С. 337–338. URL архивного файла: <http://scdl.narod.ru/scdlzip/TSYGAN03.ZIP>.

Цыганок А.А. Аннотированный отчет по проекту «Научная разработка и внедрение в практику работы муниципальных и областных образовательных учреждений методик раннего выявления и коррекции нарушений психического развития детей» в рамках реализации областной целевой программы «Развитие образования Московской области на 2001–2005 гг.» (Раздел 1.4. Подраздел 1.44.) в 2003 г. 1-й этап. — 2 с.

Цыганок А.А. Введение // Методические рекомендации по использованию различных методик раннего выявления и коррекции нарушений психического развития детей. Министерство образования Московской области, РБОО «Центр лечебной педагогики» — Областная целевая программа «Развитие образования Московской области на 2001–2005 гг.». — М., 2003. — 7 с.

Цыганок А.А. Содержательный отчет Центра лечебной педагогики по гранту №СТJ203 «Семья и государство: от противостояния к диалогу» (итоговый, 15.10.2002–15.10.2003), Институт «Открытое общество. Фонд содействия» (Представительство в РФ). — 2003.

Цыганок А.А., Битова А.Л. Отчет по проекту «Научная разработка и внедрение в практику работы муниципальных и областных образовательных учреждений методик раннего выявления и коррекции нарушений психического развития детей» за период апрель–сентябрь 2003 г. в рамках реализации областной целевой программы «Развитие образования Московской области на 2001–2005 гг.» (Раздел 1.4. Подраздел 1.44.) в 2003 г. — 5 с.

Цыганок А.А., Битова А.Л. Отчет рабочей группы Проекта «Семья и государство: от противостояния к диалогу» за период 15.10.2002–15.04.2003. Грант №СТJ203, Институт «Открытое общество. Фонд содействия» (Представительство в РФ). — 2003.

Битова А.Л., Рева А.Л., Цыганок А.А., Тимофеева А.М., Морозова М.А., Зельдин Л.М., Пак В.Д., Тихонова О.А., Зарубина Ю.Г. Опыт Центра лечебной педагогики в диагностике и коррекции нарушений развития детей раннего возраста // Основы комплексного развития особых детей в возрасте до 4 лет. — М.: Центр лечебной педагогики, 2004. — 16 с.

Волкова О.О., Цыганок А.А., Битова А.Л. Промежуточный содержательный отчет по проекту Tacis Support to Civil Society and Local Initiatives за период 1.06.2005–30.05.2006. — 26 с.

Дименштейн Р.П., Цыганок А.А., Ларикова И.В. Семья и государство: от противостояния к диалогу // В сб. Особое детство: шаг на встречу переменам. — М.: Теревинф, 2006. — 168 с.

Цыганок А.А. Предисловие // Особый ребенок: исследования и опыт помощи. Научно-практический сборник. Вып. 5. — М.: Теревинф, 2006. — 5 с.

Цыганок А.А., Виноградова А.Л., Константинова И.С. Развитие базовых познавательных функций с помощью адаптивно-игровых занятий. Лечебно-педагогические программы. — М.: Теревинф, 2006.

Развитие базовых познавательных функций с помощью адаптивно-игровых занятий / А.А.Цыганок, А.Л.Виноградова, И.С.Константинова. — М.: «Теревинф», 2006. URL архивного файла: <http://scdl.narod.ru/scdlzip/tsygan06.zip>.

Битова А.Л., Константинова И.С., Цыганок А.А. Место музыкальной терапии в системе помощи ребенку с нарушениями развития // Обучение и воспитание детей с нарушениями развития. — 2007. — №6.

Глозман Ж.М., Цыганок А.А. Нейропсихологический подход к двигательным нарушениям у детей // Дефектология. — 2007. — № 4. — С. 90–93.

Битова А.Л., Цыганок А.А., Тимофеева А.М., Габдракипова А.Л., Зарубина Ю.Г., Зельдин Л.М., Морозова М.А., Пак В.Д., Тихонова О.А. Опыт Центра лечебной педагогики в диагностике и коррекции нарушений развития детей раннего возраста // Педагогика, которая лечит: опыт работы с особыми детьми / Сост. М.С. Дименштейн. — М.: Теревинф, 2008.

Цыганок А.А., Гордон Е.Б. Коррекция пространственных представлений у детей // Педагогика, которая лечит: опыт работы с особыми детьми / Сост. М.С. Дименштейн. — М.: Теревинф, 2008.

in memoriam

Александр Асмолов. Человек света

Почему мы замечаем светлых людей только тогда, когда они уходят в другую реальность?..

Почему только тогда, когда уже нет возможности всё сказать об их светлоте, их нежности и востребованности, их незаменимости, мы доверяем все эти слова бумаге, а не тому человеку, который так остро и трепетно нуждался во всех этих словах при жизни...

Но я все-таки верю, что всё недосказанное моему другу Тоне Цыганок может быть услышано. И потому пишу.

Тоня всегда была и будет в моей жизни, в моем сознании, в моей судьбе моим Другом, а не подругой. Точно так же, как Марина Цветаева говорила о себе: «Я — не поэтесса. Я — поэт», Тоня для меня Друг, а не подруга.

И сцены совместных событий жизни как сцены любви проносятся перед глазами. Наша группа студентов психфака, студентов, потом ставших выпускниками 1972. Это такие уникальные люди — Вадим Петровский, Женя Субботский, Саша Донцов, Володя Барабанщиков, Кора Бедельбаева, Наташа Белопольская, Лена Выгодская, Гена Кравцов, Белка Котик и Тоня Цыганок.

Тоня лучше всех нас умела молчать, слушать и понимать. Ее молчание, сопровождаемое непостижимо глубоким взглядом все понимающих и все прощающих глаз, — это всегда и человеческая поддержка, и теплота. А у нас желание подойти к ней, раскрыться, прислониться, прижаться, а порой просто поплакаться. Тоня не просто психотерапевт от Бога. Она — Человек от Бога, а это в сто крат выше, чем психотерапевт.

За всю студенческую жизнь я не помню ни одного ее раздраженного тона, ни одного срыва. С Тоней можно было говорить обо всём — о психологии, о поэзии, о личных переживаниях, о любви... И только теперь я понимаю, как, слушая



нас всех, Тоня сама оставалась очень часто одинокой. Она уходила от разговоров о себе.

Уходила в творчество, не замешанное на растворе амбиций и желания славы. Пастернаковские строки о том, что «смысл творчества — самоотдача, а не шумиха, не успех», — это всё о ней, всё о Тоне.

Именно Тоня незаметно, без намека на свое величие, сделала великое — создала практическую детскую нейропсихологию. У великого произведения по имени «практическая нейропсихология» всегда находится множество первоавторов. И, наверное, в этом есть и своя историческая, и своя психологическая правда.

Но я пишу не историю науки, а делюсь личностными смыслами своей совместно с Тоней проживаемой биографии. И в этой личностно-смысловой биографии для меня у детской нейропсихологии один автор. И этот автор — Тоня Цыганок. Помню, как в 1988 году мы не раз обсуждали имя нового направления — детская нейропсихология, генетическая нейропсихология, нейропсихология развития ребенка. Эти диалоги велись тогда, когда рождалась служба практической психологии образования. И практическая психология образования, и детская нейропсихология родились. И я считаю, что Тоня Цыганок также относится к числу родителей такого ребенка, как практическая психология образования.

Именно Тоня познакомила меня в конце 80-х с Аней Битовой и Романом Дименштейном. От них я услышал о новом феномене — феномене лечебной педагогики. Мы потом не раз обсуждали с Тоней, что не только рукописи не горят, но и идеи, загнанные в подполье, всё равно прорываются на поверхность истории. Ведь лечебная педагогика, как и в целом практическая психология образования, вышли из педологии, точно так же, как лучшие сатирики вышли из гоголевской «Шинели».

Для самых близких в моей жизни людей — Жени Фейгенберг и Наташи Асмоловой — Тоня всегда была и будет очень родной, своей, буквально членом нашей семьи. Уверен, что такое же чувство родности с Тоней испытывают и многие другие ее друзья, в семьи которых она вошла своим Светом, Любовью, Доверием и Теплотой.

В ходе буден и суеты мы так часто не успеваем сделать главное, размениваясь в делах, которые потом тонут в океане времени. Как сказал бы Курт Левин, мы порой подменяем жизнь «полевым поведением», которое наивно принимаем за самое, самое важное. Спешим за буднями, гонимся за славой и ... незаметно для себя рискуем потерять самих себя.

Тоня никогда не теряла себя в суете. Она знала Главное и делала Главное — действительно, безоглядно любила людей. И забывала о себе.

Поэтому непростительно запоздало я решаюсь признаться в любви к Тоне, в любви к Тоне как Мудрому Психологу. В любви к Тоне как к Другу. В любви к Тоне Цыганок как Человеку Света.

Тонечке 4 года. 1952 г.

Анна Морозова (Цыганок).

Она была для всех только «Тонечкой»

Наша Тонечка, Антонина Андреевна Цыганок, родилась 20 сентября 1948 года в Москве, в знаменитом роддоме имени Грауэрмана на Арбате.

Семья Антонины жила около метро «Октябрьское поле», в районе, который она очень любила и в котором прожила почти всю свою жизнь. С семьей Тоне очень повезло: у нее были любящие родители, Лидия Степановна и Андрей Гордеевич, и старший брат Валерий. Ее мама всю жизнь посвятила мужу, детям, их дом всегда был хлебосолен, всегда были знаменитые малосольные огурчики, всегда было много гостей, которых принимали с искренним радушием.

Отец Тони был военным, дослужился до полковника, в последние годы был заместителем директора крупного военного института. Наблюдая отношения в семье, окружающие замечали, что редко можно увидеть такое трепетное отношение отца к дочери.

Тоня была похожа на Андрея Гордеевича и внешне, и внутренне. Так же, как и отец, она окончила школу с золотой медалью. Конечно, за этой медалью стоял тяжелый и кропотливый труд, но ее во всем поддерживала семья.

Тонин класс был очень дружный и, можно сказать, гениальный. В подтверждение этих слов доста-



С братом Валерием. 1952 г.



точно привести такие факты: 8 человек из ее выпускного класса окончили школу с золотой или серебряной медалью, а Ольга Седакова, с которой Тоня ходила в один литературный кружок в Дом пионеров, впоследствии стала лауреатом премии имени А.И. Солженицына.

Тоня тоже занималась литературным творчеством. Ее стихи были опубликованы в газетах; в «Московском комсомольце» и в сборнике «Высота», вышедшем в издательстве «Московский рабочий», был напечатан ее рассказ «Октябрьское поле», начинающийся словами: «Есть такой район в Москве — Октябрьское поле. По-моему, очень хороший район. Самый лучший...». Дружбу с Наташей Дузенко, одной из героинь этого рассказа, Тоня пронесла через всю жизнь. А в самой попу-



Первоклассница с отцом. 1955 г.

лярной газете для детей того времени — «Пионерской правде» — можно было прочитать стихотворение «Валерий», посвященное брату.

После школы были годы учебы на психологическом факультете МГУ, где Тоня была старостой группы. Многие из тех, с кем она училась, стали друзьями на всю жизнь.

В семье Тоня тоже была милым, добрым человеком, только «Тонечкой». Ее любили все: родители, родные, друзья. Для меня, своей племянницы, она была как сестра. Сначала она мне пела колыбельные перед сном (голос у нее был замечательный, теплый), потом мы вместе решали задачи по алгебре и физике, иногда подключая для их решения пол-Москвы, потом она стала близким человеком и для моих детей.



Дома с мамой – Лидией Степановной. 2000 г.

Ее вообще любили все дети, она умела находить с ними общий язык, и даже самый закомплексованный ребенок открывался перед ней. Недаром в 1989 году Тоню пригласили работать в Центр лечебной педагогики. Она лечила не только делом, но и словом. До сих пор ей благодарны вылеченные и поверившие в себя детишки.

Тоня всю себя отдавала работе, казалось, что о других она заботилась больше, чем о себе. В последние годы, несмотря на тяжелую болезнь, она никогда никому не жаловалась. У нее всегда было «все нормально». Но, к сожалению, не все было нормально, тяжелая бо-

лезнь прогрессировала, но она мужественно переносила ее. Никто не видел ее слез, хотя ей было очень мучительно. Только однажды она не сдержалась. Ее мама рассказывала, что, войдя в комнату, она увидела, что Тоня плачет. Мама села около нее, и так они вместе проплакали очень долго, не говоря ни слова друг другу, все понимая без слов...

Надо отдать должное Лидии Степановне, матери Тонечки, как она самозабвенно за ней ухаживала, не жалея себя, хотя она не совсем здоровый и далеко не молодой человек.

К сожалению, не все в нашей власти, но память о Тонечке навсегда останется в сердцах близких, сослуживцев и тех, кому она помогла всю свою жизнь.

Жанна Глозман. Какой мы ее помним

Научная работа Антонины Андреевны была органическим продолжением ее личности. Ей хотелось понять каждого, и ее диссертация была посвящена исследованию процесса понимания.

Она стремилась помочь каждому и всю жизнь занималась реабилитацией сначала взрослых, а потом детей с проблемами мозгового функционирования. Ее натуре были чужды любые конфликты, и последней темой ее научной работы было обучение родителей детей-инвалидов навыкам толерантного и эффективного общения с представителями государственных органов.

Да, Тонечка была очень мягким человеком, избегающим всяческих конфликтов, но при этом очень твердой и принципиальной в отстаивании своих научных убеждений и в защите своих друзей и единомышленников. Здесь она не боялась противопоставить свое мнение околоначальственному большинству, не могла, как другие, тихо воздержаться от голосования. У Тонечки было слабое зрение, но острое восприятие фальши и несправедливости.

Альтруизм, доброта и доброжелательность были не просто чертами характера Тонечки, они были способом ее жизнедеятельности, витальной функцией, сохраняющейся даже тогда, когда стали отключаться другие витальные функции, включая дыхание.



В лаборатории нейропсихологии МГУ. Верхний ряд: А.А. Цыганок, Т.В. Ахутина, О.А. Гончаров, С.С. Сиволапов, М.Ю. Максименко. Нижний ряд: Н.М. Пылаева, Н.Н. Полонская, Л.С. Цветкова, Ж.М. Глозман. 1980 г.

С Тонечкой легко было советоваться обо всем, ибо она обладала даром не только сочувствовать, но и сорадоваться. Говорят, что многие люди могут сочувствовать другому, но только ангелы способны искренне, без тени зависти радоваться успехам и достижениям других.

Тонечка всегда была в курсе профессиональных и домашних дел всех своих друзей и коллег, никогда, даже в последние недели жизни, не забывала поздравить их с днем рождения и даже напоминала об этом другим. Она знала даты всех праздников, как христианских, так и иудейских, которые отмечали ее друзья. Она помнила о всех проблемах здоровья окружающих ее людей, искренне интересовалась ими, организовывала консультации врачей (даже будучи сама тяжело больной) или помогала советами.

У нее дома всегда был запас маленьких очень симпатичных вещиц, которыми она одаривала друзей. Дарить было ее страстью. Очаровательная треугольная вазочка для одного цветка — последний подарок Тонечки, сделанный мне за неделю до ее смерти.

Среди множества талантов Тони был и поэтический дар. На мой юбилей она написала очень трогательные стихи, строками из которых мне бы и хотелось закончить, заменив только свое имя на ее:

Всё выразить —
Нам не хватает слов.
Ты, как всегда,
Приди на помощь, Тоня!

Анна Битова, Роман Дименштейн.

Остается нашим собеседником

Тонечка пришла в Центр буквально в первые дни. Пришла помочь, посмотреть, познакомиться – и осталась. Слетела с высот большой науки. Там у нее были свои планы, перспективы, было, что делать. А она взяла и пошла в маленькую организацию, отозвалась на призыв поднять помощь детям на достойный уровень.

Можно просто сочувствовать детям, можно создавать им комфортные условия и ничего от них не хотеть. А можно строить помощь, которая помогает ребенку сильно измениться, дает новые возможности, открывает ему мир. Помощь не просто сострадающая, а меняющая детей к лучшему, требует очень и очень больших знаний, это помощь очень наукоемкая. Здесь проявился Тонин дар взглянуть на очень сложную ситуацию, привнося в нее гармонию и порядок. В то время между наукой и работой с детьми была огромная пропасть. Тоню позвал коллектив специалистов и родителей, и ее присутствие сшило эти области. Ее личные результаты работы с детьми были ошеломляющими.

Тоня пришла и осталась в эпицентре работы с детьми, да еще какими детьми! – о том, как им помочь, в те годы в стране почти никто не задумывался. Она включилась в очень тяжелое дело, и включилась с таким увлечением, что втянула многих своих коллег. Александр Григорьевич Асмолов, Татьяна Васильевна Ахутина, Анна Владимировна Семенович, Наталья Максимовна Пылаева, Жанна Марковна Глозман, Елена Александровна Бугрименко, Борис Алексеевич Архипов... и много других замечательных людей, которые в разные моменты помогли Центру, на разных этапах сделали многое для того, чтобы работа с детьми стала по-настоящему высокопрофессиональной.

Ее семинары, повышение квалификации, интеграция докторов и педагогов... Тоня привнесла такие подходы, которые позволили по-другому видеть ребенка и самым разным специалистам договариваться на основе общности видения, общности языка. Благодаря ей помощь, оказываемая в Центре, становилась системой помощи.

Внесение научного знания – и этого было бы уже очень много. Но это лишь кусочек того, что Тоня сделала в Центре. У нее было



На международном семинаре в Центре лечебной педагогики. 2003 г.

Пушкинское свойство «подымать» людей, коллег, – возвышать, продвигать. Она была очень внимательна к возможностям, способностям окружающих людей, прикладывала большие усилия к тому, чтобы эти возможности были реализованы.

Само присутствие Тони влияло на систему отношений в Центре. Тоня уравновешивала, примиряла. Примиряла друг с другом, примиряла с судьбой. Она очень быстро становилась для людей родным человеком, была искренне заинтересована и тем, как у человека складываются дела, и тем, что у него на душе. Умела говорить об очень сложных вещах. Почему-то она была большим знатоком жизни. От университетского ученого не всегда ожидаешь, что он глубоко понимает и людей, и жизнь. А у Тони это было. Она включалась не только в наши сложности и беды, но и в веселье, в праздники. Любила шутить, смеяться. И удивительно пела, и могла сочинить стихи. И очень любила старые дворовые песни...

Она была величественной и простой. Сильной и очень деликатной. Слово ее было мудрым и понятным, ясным.

Что сделала Тоня для Центра – всего сказать невозможно. А что теперь? Сложно объяснить, но Тоня вела дело не так, чтобы без нее все рухнуло. И совсем не старалась выразить себя ни в званиях, ни в должностях. Особенно жалко, что она не записала очень многого из того, что задумала. Не успела, все время помогала другим. Тоня вела дело так, чтобы оно жило в любом случае, что бы ни произошло. Как бы ключи от всего отдавала, передавала нам. Но нам ее так не хватает! И с гармонией большие проблемы. И взяли мы очень мало. Тоня была исключительно, глубоко знающий человек. Того, чем она готова была поделиться, и многого, что она готова была открыть, – не смогли перенять, не успели.

Трудно описать чувства, которые мы испытываем. Тяжело, что Тони нет и обратиться нельзя, а к ней прибегали по миллиону разных поводов. Но ощущения, что она о нас не заботится – такого ощущения тоже нет. Она остается нашим собеседником.

Марина Иванова. Близкая всем

..запомнилось и вспоминается, и очень живо...

Шел прием доктора. Было много народа. Борис Алексеевич вот уже почти час смотрел Машку, крутил ее, рассказывал свои умозаключения. Было очень напряженно и волнительно, были очень трудны для моего восприятия слова доктора.

И тут неожиданно, в маленькую паузу, Антонина Андреевна подсаживается ко мне, берет за руку просто и говорит простые слова: «Как Вы сами? Устали? Удастся ли поспать?» и еще что-то такое житейское...

Было ощущение в тот момент, будто мой корабль, затертый льдами, неожиданно обрел свободу, попал в теплое течение и пристал к родному берегу. Так стало легко и празднично.

Я тогда не знала еще, что это — суть Антонины Андреевны: быть близкой ко всем, деликатно близкой. А тогда после приема я ехала

домой и думала: я ведь для нее — одна из множества, а почувствовала родство и поддержку. Так было удивительно на душе...

Белла Котик. Ее знают и в Иерусалиме

Мы с Тоней познакомились на вступительных экзаменах на факультет психологии МГУ в 1966 году. Мы тогда не прошли по конкурсу. Я отчаянно рыдала, а Тоня была рассудительна: «Теперь мой брат получил квартиру и переезжает от нас со своей семьей. Я не могла нормально ни заниматься, ни спать — его маленькая дочка плакала по ночам. Теперь я спокойно буду готовиться». Мы переписывались весь тот год, и зимой я приехала в Москву, чтобы укрепить свою мотивацию. Мы встречались, сходили на пару лекций подготовительных курсов, а летом уже поступили!

Я помню дни рождения Тони в сентябре! Как тепло, уютно и вкусно было всегда в их доме! Я особенно ценила и любила эту атмосферу, приходя из шумного общежития. Но и потом, приезжая из Ростова и Иерусалима, я всегда стремилась встретиться с Тоней. Мы могли часами говорить и о работе и о глубоко интимных переживаниях. Тоню не надо было просить, она сама находила, чем помочь.

Наши профессиональные интересы никогда не расходились — ведь мы выбрали одну специализацию. О Тонином высоком профессионализме и признании слава дошла до Иерусалима: соседка поделилась со мной планом повезти своего сынишку в Москву на консуль-



тацию к доктору Цыганюк, если московские друзья сумеют устроить им встречу. «Не Цыганюк, а Цыганок», — сказала я и набрала Тонин номер. Она объяснила озабоченной мамаше, что все мои рекомендации верные, но если уж очень хочется — приезжайте.

В нашей последней встрече в ноябре было много боли, но мы с Лидией Степановной плакали на кухне, а Тонечка тоже старалась, как могла, и хоть ей трудно было говорить — она рассказала мне о забавных деталях ее встречи с моим мужем, когда он приезжал (десять лет назад!!!) без меня в Москву, расспрашивала о дочери, а когда узнала, что мне нужно добираться до Шереметьево, попросила маму позвонить соседу-таксисту, и он действительно отвез меня в аэропорт. То есть все было почти как всегда, только почти... и в последний раз.



Тоня и Белла Котик. 1996 г.

Татьяна Прибылова. Она оставила частичку себя

В. Франкл, пройдя испытания в нацистских концлагерях, пришел к выводу, что в крайне тяжелых жизненных ситуациях «немногие смогли сохранить свою человечность, однако они подавали пример другим, и этот пример вызывал цепную реакцию». Видя, что можно оставаться человеком, более многочисленная группа людей начинала подтягивать себя до уровня тех немногих.

Антонина Андреевна Цыганок была такой личностью, в которой главное — высокое человеческое начало. Внешне — скромная, не яркая, внутренне — цельная, самоотверженная, любящая людей, обладающая мощным творческим потенциалом. Она была очень естественной, понимающей и принимающей, и всегда деликатной. Никогда не кичилась своими обширными знаниями, всегда готова была ими поделиться.

Мы встретились в 1998 году. Проработав 20 лет в Рязанском психоневрологическом диспансере медицинским психологом, обследовав множество детей с нарушениями развития, я болезненно переживала, что эти дети не получают помощи для полноценного развития и обучения. Случайно узнала, что в Москве начали активно разрабатывать детскую нейропсихологию и нейропсихологическую коррекцию. Моя однокурсница Марина Максименко помогла встретиться с А.А. Цыганок.

В это время в Центре лечебной педагогики начали реализовывать большую программу обучения специалистов, работающих с особыми детьми в разных регионах России. Мне посчастливилось стать одной из первых обучающихся. Я присутствовала на всех консультациях, которые проводила Антонина Андреевна и ее сотрудники. Вместе с ней в ЦЛП работала команда творческих высокообразованных людей, объединенных любовью к детям. Для меня началась новая светлая полоса в жизни. Жизнь в ЦЛП напоминала мне жизнь сотрудников НИИЧАВО в знаменитой книге Стругацких «Понедельник начинается в субботу». Учиться было так интересно, что хотелось продолжать в выходной.

В центре этой интересной жизни была Антонина Андреевна. Вернувшись в Рязань, я с энтузиазмом делилась знаниями, полученными в ЦЛП, а главным образом от А.А. Цыганок, и применяла их в своей практике. Звонила Антонине Андреевне домой, она всегда охотно консультировала в трудных вопросах. Неоднократно приезжала к ней на «Парк культуры» — и постоянно встречала готовность помочь.

Однажды в Рязани произошел трагический случай. Курсант военной академии был доведен до суицида. Его вынули из петли едва живого, в глубокой асфиксии. Множество врачей и медицинских сестер спасали ему жизнь. Его психика была полностью разбалансирована. Потребовалось лечение психиатра. Ко мне на исследование он попал при относительно улучшении состояния. Требовалась реабилитационная работа. Я позвонила Антонине Андреевне и попросила проконсультировать юношу.

Она сразу согласилась. Назначила прием в ближайшую субботу, в свой выходной день. Консультацию провела бесплатно. Дала очень ценные рекомендации для реабилитации.

Антонина Андреевна фактически является одним из основателей детской нейропсихологии. Очень жаль, что она мало написала о своей научной и практической деятельности. Все свое время она посвя-

щала реальной работе с детьми, сотрудниками, учениками. И всем, с кем встречалась в жизни, оставила частичку себя. Во мне она тоже продолжает жить.

Юлика Форман. Она была готова помочь во всем

Антонина Андреевна была официальным руководителем моей стажировки, когда я приехала в Москву из Бостона на четыре месяца в 2003 году. С самого начала нашего знакомства мне бросилась в глаза ее скромность, какое-то особое внутреннее спокойствие, внимание к окружающим, склонность слушать очень внимательно, манера говорить тихо, как будто мои слова и мысли были важнее, чем ее.

Она была готова помочь во всем, и хотя сложилось так, что в работе мне в основном помогал другой человек, Антонина Андреевна взяла надо мной шефство и заботилась обо мне до конца моего пребывания в Москве. Всегда переживала, если я много работала; просила, чтобы я не перенапрягалась; волновалась, что я устаю; искренне радовалась, когда удавалось сходить в театр или на концерт; называла меня «ласточка». При своей невероятной занятости она находила время и душевные силы, чтобы заботиться и печься обо мне, как о близком человеке. В американский праздник День Благодарения подарила деревянную индюшку, которую я храню до сих пор. Мы с мужем были поражены, что Антонина Андреевна знала об этом празднике и даже позаботилась о подарке.

Помнится ее мучительный кашель, о котором она ничего не говорила, но было понятно, что она нездорова и не щадит себя. При необыкновенной мягкости обращения и, казалось бы, безграничной доброте, в ней также ощущалась твердость и сила духа, которые, вероятно, и позволяли продолжать много работать. Несмотря на краткость нашего личного контакта, после моего отъезда из Москвы, уже очень больная, Антонина Андреевна продолжала интересоваться моей жизнью, радоваться успехам. Она была человеком удивительной душевной щедрости.

Эту потерю так трудно принять. Пусть земля ей будет пухом.

Ольга Попова. Отогревала, прикрывала, учила

Оказалось, что трудно написать об Антонине Андреевне. Наверное, потому, что нет привычки делиться чем-то очень своим не с самыми близкими людьми, а все воспоминания о ней получаются очень личные.

Вспомнилась моя первая встреча с Антониной Андреевной. Заранее боялась, что она сразу же поймет, насколько я ничего не умею и не знаю. Помню, как я произнесла заготовленную фразу: «Здравствуйте, Антонина Андреевна. Меня зовут Оля, я недавно закончила психфак, кафедру возрастной психологии, и хотела бы работать с детьми младшего школьного возраста». Потом пришлось немного подождать, легче не стало, и мы оказались наедине в игровой ЦЛП. Сели за стол. А.А. сказала: «Вы, наверное, уже знаете, чем мы занимаемся... а что именно хотели бы Вы?» Тут наступила самая страшная минута, я что-то мямлила, стараясь скрыть замешательство. Время от времени повисали паузы. Я видела, как в лице Антонины Андреевны отражаются все мои мысли и переживания, что она все понимает. От ужаса я какое-то время ничего не видела и не слышала, а потом Антонина Андреевна сказала: «Ну хорошо, давайте попробуем. У нас в Центре для всех стажеров существует испытательный срок... так что если сможете, приходите в понедельник». Потом день за днем Антонина Андреевна своим отношением, как-то незаметно, между делом отогревала, прикрывала, учила, помогала не бояться и, в конце концов, «поставила на ноги». Однажды я почувствовала, что могу заниматься с детьми. Что я в принципе могу, что теперь этому можно и поучиться.

Меня всегда завораживало, как Антонина Андреевна принимает детей, разговаривает с родителями. Помню свое восхищение от того, как А.А. удавалось разобраться в самых тонкостях, довольно быстро уловить самую суть проблемы и в путаных рассказах родителей, и в почти не примечательном поведении детей. Иногда на первый взгляд все казалось таким сложным, и вообще было непонятно, с чего начать, а она в нескольких словах, подводя итог происходящему, как-то все ставила на свои места.

Возможно, со временем наступит момент и захочется написать что-то совсем другое и иначе, но пока — вот так...

Ольга Седакова. Память о Тоне

Прежде, чем конкретные черты, свойства, «истории», о каждом человеке мы помним что-то общее, что-то вроде его музыки — или цвета — или воздуха. Мысль о Тоне связана для меня с образом ровной, сильной, сдержанной теплоты, с образом большой равнинной реки. Как в пушкинской строфе:

Воды глубокие
Плавно текут,
Люди премудрые
Тихо живут.

В себе я такой мудрости и плавности совсем не находила, и поэтому меня особенно влекло к Тоне. Особенно прямо этот тон (в забавном противоречии с ее фамилией: Цыганок — которая настраивает на совсем иной лад) выражал ее голос. Сильный, ровный и совсем не звонкий — даже в школьные годы в нем не было ребяческой звонкости, а была богатая взрослая глубина. Мне редко случалось слышать, как Тоня поет, но и в ее разговорных интонациях угадывалась песня: какая-то эпическая песня, сказ, «дума» — или колыбельная.

Ребячества в ней не было даже в 11 лет, когда мы впервые встретились. Любой — и сверстник, и взрослый — с первого взгляда понимал, что на эту девочку «можно положиться», что здесь все надежно. Хотелось ли и ей, в свою очередь, на кого-то положиться — или хотя бы кому-то пожаловаться, у кого-то попросить совета? Такого вопроса ни у кого почему-то не возникало, и просили у нее совета, жаловались ей, искали в ней поддержки мы. Она очень рано — а может быть, с самого начала, еще до того, как я ее узнала — по отношению к другим взяла на себя роль, похожую на материнскую. С ней было хорошо, «как дома» — в мире, который был полон ощущением какой-то бездомности и неприютности. И дома у нее было хорошо. Тоня могла вырасти только в таком воздухе домашнего согласия, доброты и гостеприимства. Мы все любили бывать у нее в гостях, встречаться с родителями: милой маленькой Лидией Степановной, которая принимала к сердцу все наши дела, все обо всех знала и во



Тоня Цыганок и Оля Седакова. 1959 г.

всем сочувствовала, и с большим, серьезным и немногословным Андреем Гордеевичем.

В этом доме я получила драгоценный подарок: впервые услышала украинский язык. Тоня дала мне почитать «Кобзаря» и показала, как это правильно произносить. Я с упоением повторяла за ней:

Серед степу широкого
На Вкраїні милій...

Очарование близкого — и притом другого языка, первое очарование стихии славянской общности, которое потом привело меня к занятиям славистикой, все это я узнала благодаря Тоне и тому томику Шевченко, который мы вместе читали. Словесный человек может оценить, что это такое: подарить язык.

А то, что я расскажу теперь, можно считать комментарием к нашей пьесе¹ про «кружок».

Мы встретились с Тоней, когда я училась в четвертом классе, а Тоня в пятом, в литературной студии Городского Дома пионеров в переулке Стопани. Нам не сразу разрешили самим, без взрослых ездить в метро и автобусах. Год, а может, два нас возили на занятия старшие. Потом и студия, и весь Дом пионеров переехали из чудесного старого московского особняка (не вспомню теперь имени его владельцев) в стеклянный дворец на Ленинских горах. Дворец этот ка-

зался нам тогда чудом, стеклянных стен мы еще не видели. Архитектура хрущевской оттепели обещала какой-то открытый, легкий, весенний мир. Но руководительница студии, Вера Ивановна Кудряшова, подруга Крупской, как она с гордостью всем напоминала, к этому новому миру, к оттепели и молодому «шестидесятичеству» никакого отношения не имела — нет, скорее всего, имела: она несомненно должна была быть против всего этого, но не высказывалась перед нами и вообще избегала «острых» тем. О литературных взрывах тех времен — о «Наследниках Сталина» или о «Бабьем Яре» Евтушенко — мы говорили только исподтишка, между собой. На общих занятиях и этих, и множества других «опасных» тем не поднималось. Из нас росли писателей и поэтов, как их понимала Вера Ивановна: будущих образцовых членов Союза писателей. Стихи она понимала характерным образом. Про такие невинные строчки:

Жаль, по лесенкам высоким
Не взлетают звонари! —

она, поглядев на меня в упор, сказала: «Тебе жаль, что у нас не работают храмы? Не одурманивают трудящихся?». Я ничего не знала тогда про Лубянку, и слово «срок» не могло возникнуть у меня в голове. Но что нечто страшное и безнадежное должно было последовать за положительным ответом на этот вопрос — это я почувствовала. Глаза идеологии смотрели на меня. Истребительные глаза, мороз, в котором не бывает оттепелей. В восьмом классе наши отношения кончились скандальным разрывом. Но Тоня с ее ровной добротой и благодарной памятью сохранила какие-то добрые чувства к Вере Ивановне, и уже взрослая ездила ее, глубокую старуху, навещать. К тому времени, когда мы сочиняли «Горе уму», все обстояло еще благополучно.

Мы должны были (как это отмечено в пьесе) выполнять социальные заказы: правильно и вдохновенно откликаться на все темы злободневности. Этот долг не был внешним принуждением: наверное, как и взрослые советские писатели, мы переживали его как зов собственного сердца и шли навстречу этому зову. Первое наше общее с Тоней сочинение было посвящено полету в космос собачек Белки и Стрелки. Кроме космоса, были другие волнующие темы: революционная Куба, борющаяся за освобождение Африка, происки американской военщины... Календарные даты... Что-то еще вместе мы сочиняли про 7 ноября... Отчеты о творческих командировках (нас возили

в чеховское Мелихово, в пушкинское Михайловское, в Ясную Поляну, в Абрамцево — и все это само по себе было безусловно прекрасно и достойно благодарности, если бы не обязательные отчеты о «впечатлениях» в стихах и прозе). Несомненно, из этих опытов можно было научиться составлять стихи на случай — полезное дело. И наверное, поэтому, по старой памяти я не составила за всю свою взрослую жизнь ни одного куплета на случай — а ведь этого занятия не чурались прекрасные поэты.

Нас учили основам версификации и технике речи. Занятия техникой речи мы любили: веселая рыжая, куда более свободная, чем Вера Ивановна, Маргарита Георгиевна разучивала с нами скороговорки, исправляла произношение, ставила голос для чтения. Она говорила, что воспитанного человека можно сразу же отличить по тембру голоса — сдавленный, «белый» звук, интонационные и динамические скачки в речи были для нее знаком «подзаборности». Техника речи была нам нужна для декламации собственных произведений. Мы читали их со сцены Дворца пионеров, иногда по радио и по телевидению. Читать, «как поэты», с завыванием не рекомендовалось. Рекомендовалась манера актерского чтения стихов, которая и тогда мне не нравилась. Выполнив на репетиции все указания Маргариты Георгиевны (знаки пауз, повышения и понижения голоса, расставленные в тексте), на сцене я читала по-другому. Но Маргарита Георгиевна была хороша, а выправить произношение и научиться говорить приличным тембром — это уже что-то значит. Чтение было не единственным видом публикации: студийцев регулярно печатали в Пионерской, а потом и в Комсомольской правдах, в разных сборниках и альманахах. Были общегородские конкурсы на лучшее стихотворение, рассказ, очерк. В одном из них я получила вторую, а Тоня третью премию. Первую премию получила Наташа Филиппова, написавшая стихи почти маяковской силы памяти французского мальчика, убитого на парижской демонстрации.

Молчалив и суров Париж.

Плачут парижские улицы...

Помню как сейчас. Берегитесь делать из детей «юных поэтов», это плохо кончается. Не так учат стихам. И не то хорошо в детских сочинениях, за что хвалили нас и за что сами мы расставляли друг друга по местам: кто гений, кто полугений и т.п. Надо сказать, что у Тони

ВАЛЕРИЙ

Валерий — хорошее имя,
Славное.
Валерий родился с крыльями,
Как ласточка.
Валерий летел в Америку
Через полюс.
Мы этот подаг Валерия
Помним.
Валерий поднялся в космос
Пятым.
Нинем не должно

это имя быть
Запятнано.
Я знаю Валерику — соседного
Мальчишку.
Душа у Валерики светлая,
Чистая.
Верят в Валерино будущее
Люди.
Он хочет быть космонавтом —
И будет!

Тоня ЦЫГАНКО.
Москва.



А — 06152 АДРЕС РЕДАКЦИИ: Москва, А-30, Суцѣ
Индекс 30101 Типография «Красн

Газета
«Пионерская
правда»
№ 44 (4795)
от 2 июня 1964 г.

никогда не было амбиции «гения». Она не вступала в соперничество с другими, и чужие удавшиеся вещи ее радовали как свои. Интересно, что она, не имея никаких склонностей нарушать правила, всегда заступалась за тех, кто это делал. Можно было быть уверенными, что Тоня — которая, кажется, всегда была нашей старостой — никогда не окажется на стороне обвинения и осуждения.

К «юным литераторам» в гости приезжали писатели и поэты. Самым ярким гостем на моей памяти был Корней Чуковский. Он говорил и держался каким-то совсем не похожим на все окружающее образом. Однажды приехал к нам даже прекрасный пушкинист С.М. Бонди, который истолковывал стихотворение «Ворон к ворону летит». Вероят-

но, это был первый случай для меня задуматься о том, что в стихах есть не только видимая, но и невидимая часть, и весь смысл-то в ней. Первый опыт герменевтики. Лет через семь в МГУ мне довелось слушать его замечательный курс по истории русского стиха. Приезжали и зарубежные гости — из дружественного лагеря, то есть из социалистических стран или из стран Африки, Азии и Латинской Америки, борющихся за освобождение. Бывали также писатели-коммунисты из Европы. С ними нашему начальству было труднее. К нам приезжал Джанни Родари, а имя его звучало для нас тогда, как Толстой или Гомер. Его Чиполлино, бедные овощи — друзья Чиполлино и их классовые враги, надменные фрукты, Мандарины, Апельсины и прочие были знакомы тогда у нас каждому школьнику, а еще больше нам нравилась «Голубая стрела», где борьба классов оставалась где-то в тени и появлялись милые непролетарские феи и чудеса. Так вот, приезд Джанни Родари был отмечен целым рядом конфузов. Нас подробно инструктировали, как себя вести, но инструкции не учитывали возможности импровизаций со стороны гостя. А Родари, хотя и коммунист, но настоящий итальянец и веселый человек, был вопиюще живым и не предполагал, что общается с инсталляцией. После того, как дети произнесли ему по-итальянски выученные фразы приветствия, он что-то спросил, думая, что его поймут... Увы. Дальше общались через переводчика, но и это не помогло. Бедные пионеры просто не знали, что отвечать. Например, на вопрос: «А деньги на мороженое вы просите у родителей каждый раз — или вам дают на весь месяц?» Пионеры оглядывались на суфлеров за плечами, но те и сами не знали, как лучше, что идеологически правильнее. Вроде как деньги — это и вообще нехорошо, это только временно терпимо, при коммунизме-то их не будет. А что с этим пережитком делать сейчас, неизвестно. Ответа так и не последовало. Родари сказал: «А я своим детям даю сразу на весь месяц, пусть сами разбираются». «Все-таки капиталист!» — подумали мы. На сцене, после того, как я прочла свои вирши «Воздушная карусель» и они ему, видно, понравились, он кинулся ко мне с намерением обнять и поцеловать. Такой поворот дел не был предусмотрен — и я опрометью побежала со сцены. Кажется, все-таки он догнал меня и поцеловал. Что было с «конголезцем», упомянутым в нашей с Тоней пьесе («мы конголезца не забыли!»), вопреки сказанному, я забыла начисто.

Занимались с нами и психологи, изучавшие развитие способностей. Это было интересно, куда интереснее, чем наше основное дело

— регулярное обсуждение новых сочинений и исполнение заказов. Упражнения психологов должны были развить внимание, память, сосредоточенность, способность быстро мобилизоваться. Например, нам предлагалось выйти во двор на 5 минут — и записать все, что мы успели увидеть. Может быть, именно там родился Тонин интерес к психологии. Я не помню, чтобы она мне объясняла, почему в конце школы она решила поступать на психологический.

Вот в этот мир литературной учебы мы и ездили с Тоней два раза в неделю, сначала на Стопани, потом на Ленинские Горы, с 1960 года до — приблизительно — 1964.

Мы жили с ней рядом, поэтому ездили вместе и любили время дороги не меньше, чем сами занятия. Час туда и час обратно — можно было наговориться обо всем. В летние каникулы мы непременно переписывались и посылали друг другу посвящения в стихах.

С концом студии наши отношения не кончились, но отступали дальше, дальше. Разные занятия, разные друзья, разные коллеги... Но я всегда помнила об этом как будто навсегда данным мне Тоней аванс: о том, что из каких бы обстоятельств и в каком виде я ни явилась бы к ней, меня встретило бы все то же ровное, щедрое, неиссякающее тепло. Дай Бог, чтобы и она его встретила теперь, привыкшая помогать и не привыкшая просить у нас помощи.

¹ «Горе без ума» или «Горе уму» (Одно занятие лит.-творч. кружка)

Действующие лица и исполнители

Владимир — непризнанный гений (А. Кондрашов)

Захар — в основном – боксер, побочно – литератор (М. Сагалов)

Марианна — сердцеедка в своем представлении (И. Таубина)

Анастасия — спокойная, уравновешенная (А. Цыганок)

Наталья — чисто лирическая поэтесса (Г. Шестопалова)

Елена — увлекающаяся Есениным (О. Седакова)

Алла — быстро меняющая увлечения (Т. Динзбург)

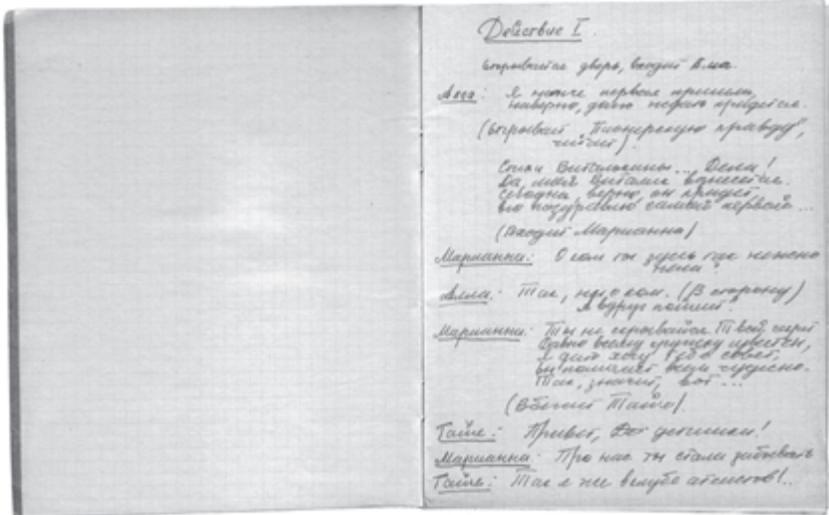
Николай — математик, иногда — автор рассказов про Вовку (Б. Хомяков)

Тайя — критически настроенная личность (М. Таксонбаева)

Алексей — всем и всеми довольный

Левинсон — зав. худ. частью Дворца

Члены кружка



Вступление

Тебе мы пьесу посвятили,
Литературный наш кружок.
Мы, право, злобы не таили
К тебе, наш творческий дружок.

Так не суди нас слишком строго,
Ее писали мы недолго,
Героев в пьесе очень много,
Узнай среди них себя, кружок.
Писали

Ольга Седакова

и

Антонина Цыганок!

Действие I

Открывается дверь, входит Алла.
Алла Я нынче первая пришла,
наверно, долго ждать придется.
(Открывает «Пионерскую правду»,
читает)

Стихи Виталькины... Дела!
Да, мой Виталик вознесется.
Сегодня, верно, он придет,
Его поздравлю самой первой...
(Входит Марианна)

Марианна О ком ты здесь так
нежно пела?

Алла Так, ни о ком. (В сторону)
А вдруг поймет?

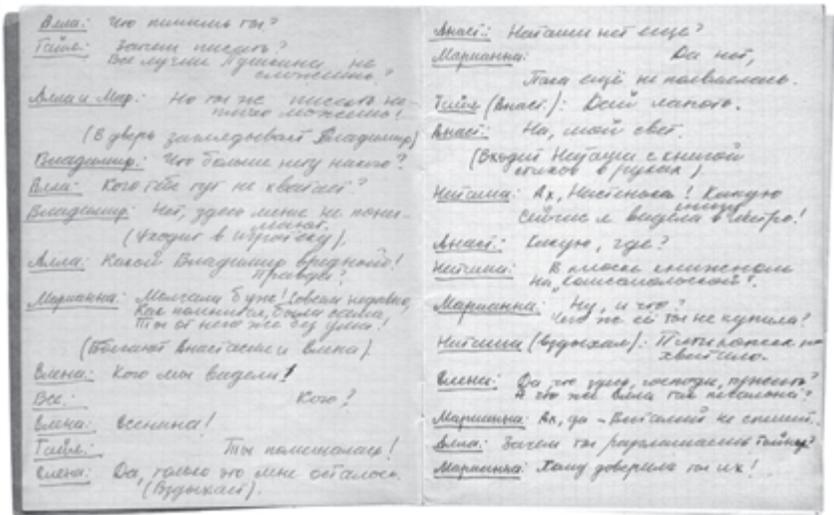
Марианна Ты не скрывайся.
Твой секрет
Давно всему кружку известен,
Я дать хочу тебе совет,
Он помогает всем чудесно.
Так, значит, вот...

(Вбегает Тайя)

Тайя Привет, детишки!

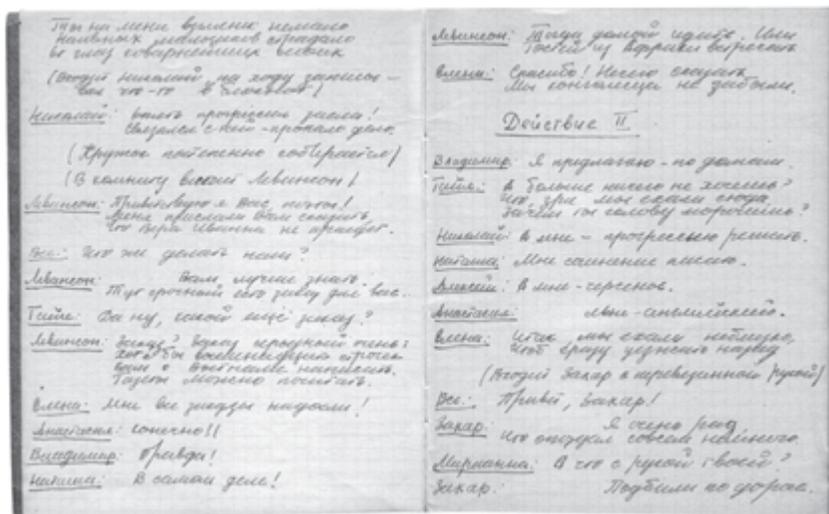
Марианна Про нас ты стала за-
бывать

Тайя Так я же в клубе атеистов!..



Алла Что пишешь ты?
Тайя Зачем писать?
Все лучше Пушкина не сложишь?
Алла и Марианна Но ты ж
писать неплохо можешь!
(В дверь заглядывает Владимир)
Владимир Что, больше нету
никого?
Алла Кого тебе тут не хватает?
Владимир Нет, здесь меня не
понимают.
(Уходит в игротеху)
Алла Какой Владимир вредный!
Правда?
Марианна Молчала б уж!
Совсем недавно,
Как помнится, была сама
Ты от него же без ума!
(Вбегают Анастасия и Елена)
Елена Кого мы видели!
Все Кого?
Елена Есенина!
Тайя Ты помешалась!
Елена Да, только это мне оста-
лось. (Вздыхает)

Анастасия Наташи нет еще?
Марианна Да нет,
Тайя (Анастасии): Дай лапоть.
Анастасия На, мой свет.
(Входит Наташа с книгой стихов в руках)
Наташа Ах, Настенька! Какую
книжку я видела в метро!
Анастасия Книжку, где?
Наташа В киоске книжном
на «Комсомольской».
Марианна Ну, и что?
Чего ж ее ты не купила!
Наташа (вздыхая) Пяти копеек
не хватило.
Елена Да, что здесь, господи, ту-
жить?
А что же Алла так печальна?
Марианна Ах, да — Виталий не
спешит.
Алла Зачем ты разглашаешь
тайны?
Марианна Кому доверила ты их!



Ты на меня взгляни: немало
Наивных мальчиков страдало
От глаз коварнейших моих.
(Входит Николай, на ходу записы-
вая что-то в блокнот)

Николай Опять прогрессия заела!
Связался с ней — пропало дело.

(Кружок постепенно собирается.
В комнату влетает Левинсон)

Левинсон Приветствую я Вас,
поэты!

Меня прислали Вам сказать,
Что Вера Иванна не приедет.

Все Что же делать нам?

Левинсон Вам лучше знать.

Тут срочный есть заказ для вас.

Тайя Да ну, какой еще заказ?

Левинсон Заказ? Заказ серьез-
ный очень:

Хотя бы восемнадцать строчек

Вам о Вьетнаме написать.

Газеты можно почитать.

Елена Мне все заказы надоели!

Анастасия Конечно!!

Владимир Правда!

Наташа В самом деле!
Левинсон Тогда домой идите. Или
Гостей из Африки встречать.
Елена Спасибо! Нечего сказать.
Мы конголезца не забыли.

Действие II

Владимир Я предлагаю — по до-
мам.

Тайя А больше ничего не хочешь?
Что, зря мы ехали сюда,

Зачем ты голову морочишь?

Николай А мне — прогрессию
решать.

Наташа Мне сочинение писать.

Алексей А мне — черченье.

Анастасия Мне — английский.

Елена Итак, мы ехали неблизко,
Чтоб сразу уезжать назад

(Входит Захар с перевязанной рукой)

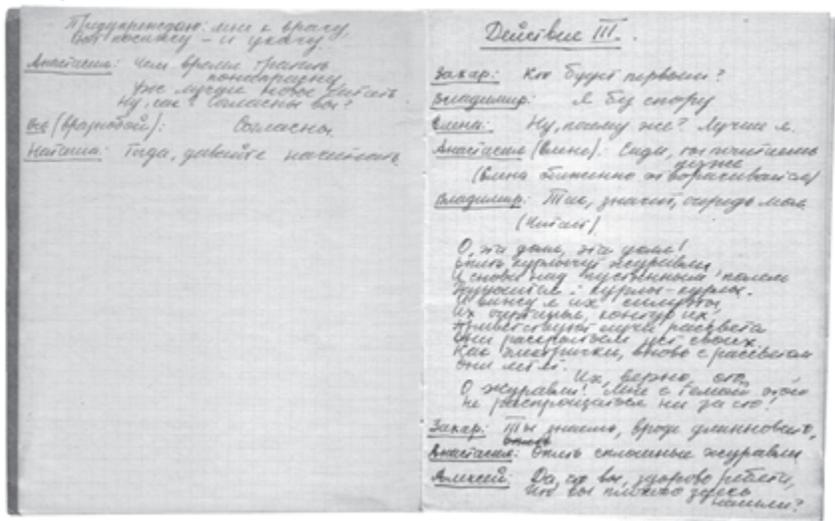
Все Привет, Захар!

Захар Я очень рад,

Что опоздал совсем немного.

Марианна А что с рукой твоей?

Захар Подбили по дороге.



Предупреждаю: мне к врачу,
Вот посижу — и укачу.
Анастасия Чем время тратить
понапрасну,
Уж лучше новое читать.
Ну как? Согласны вы?
Все (вразнобой) Согласны.
Наташа Тогда давайте начи-
нать.

Действие III

Захар Кто будет первым?
Владимир Я без спору.
Елена Ну, почему же? Лучше я.
Анастасия (Елене) Сиди, ты
почитаешь позже.
(Елена обиженно отворачивается)

Владимир Так, значит, очередь
моя. (Читает)

О, эта доля, эта доля!
Опять курлычат журавли,
И снова над пустынным полем
Разносится: курлы-курлы.
И вижу я их силуэты,
Их очертанья, контур их,

Приветствуют лучи рассвета
Они раскрытjem уст своих.
Как электрички, вновь с рассветом
Они летят. Их, верно, сто.
О журавли! Мне с темой этой
Не распрощаться ни за что!

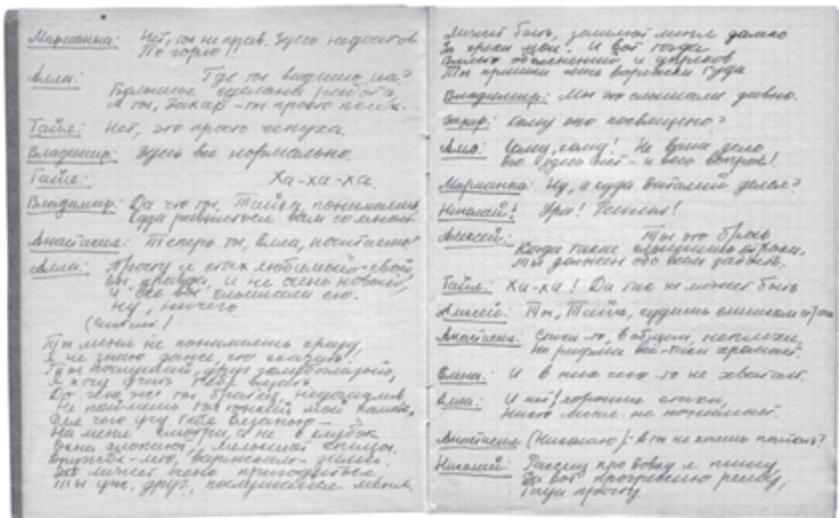
Захар Ты знаешь, вроде длин-
новато.

Анастасия Опять сплошные
журавли.

Алексей Да что вы — здорово,
ребята,
Что вы плохого здесь нашли?
Марианна Нет, ты не прав.
Здесь недочетов
По горло!

Алла Где ты видишь их?
Большая сделана работа,
А ты, Захар — ты просто псих.
Тайя Нет, это просто чепуха.
Владимир Здесь все нормально.
Тайя Ха-ха-ха.

Владимир Да что ты, Тайка,
понимаешь,
Куда равняться вам со мной.



Марианна: Нет, там не прав. Здесь негде-то
По дороге!!

Алла: Где ты хочешь идти?
Ваминские, едят там, жуют
А там, так как - то право не есть.

Тайя: Нет, это право не есть.

Владимир: Здесь же негде-то.

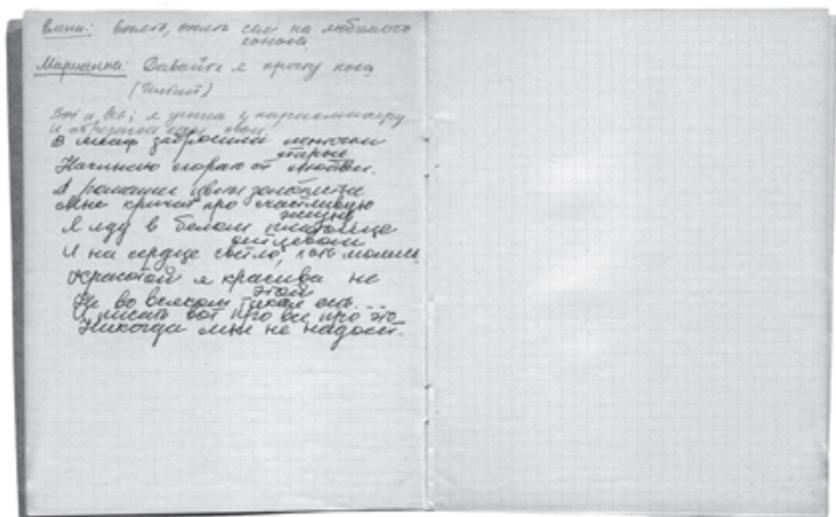
Тайя: Ха-ха-ха.

Владимир: Да что ты. Ты же не понимаешь
Ты же понимаешь. Ты же понимаешь.

Анастасия: Теперь ты, Алла, почитаешь?

Алла: Прочту я стих любимый - свой
Он, правда, и не очень новый,
И все вы слышали его,
Ну, ничего. (Читает)
Ты меня не понимаешь сразу,
Я не знаю даже, что сказать.
Ты послушай, друг голубоглазый,
Я хочу учить тебя вязать.
До чего ж ты, братец, недогадлив,
Не поймешь ты тонкий мой намек,
Для чего учу тебя вязанью —
На меня смотри, а не в клубок.
Окна хлопают, мелькают спицы.
Дружбе — лето, варежкам — зима.
Это может очень пригодиться,
Ты уж, друг, послушайся меня.
Может быть, зашлют меня далеко
За грехи мои. И вот тогда
Вместо объяснений и упреков
Ты пришли мне варежки туда.
Владимир Мы это слышали
давно.

Алексей: Кому оно посвящено?
Алла: Кому, кому! Не ваше дело,
Его здесь нет — и весь вопрос!
Марианна: Ну а куда Виталий
делся?
Николай: Ура! Решил!
Алексей: Ты это брось,
Когда такие слышишь строки,
Ты должен обо всем забыть.
Тайя: Ха-ха! Да так не может
быть.
Алексей: Ты, Тайя, судишь
слишком строго
Анастасия: Стихи-то, в общем,
неплохи,
Но рифма все-таки хромает.
Елена: И в них чего-то не хватает.
Алла: И нет! хорошие стихи,
Никто меня не понимает.
Анастасия (Николаю): А ты
не хочешь почитать?
Николай: Рассказ про Вовку
я пишу,
Да вот прогрессию решу,
Тогда прочту.



Елена Оять, оять сел на любимого конька.

Марианна Давайте я прочту пока. (Читает)

Вот и все, я ушла к парикмахеру
И обрехала косы свои.
В шкаф забросила ленточки старые,
Начинаю сгорать от любви.

А ромашки цветы золотистые
Мне кричат про счастливую жизнь,
Я иду в белом платице ситцевом
И на сердце светло, хоть молись.

Красотой я красива не этой
Не во всяком такая есть...
И писать вот про все про это
Никогда мне не надоест.

1963 г. (не закончено).

Наталья Гнатовская (Дузенко).

В моей жизни Тонечка была всегда

ОКтяБРЬСКОЕ ПОЛЕ

В марте этого года в Праге закончился международный детский литературный конкурс. В нем приняли участие ребята из Югославии, Венгрии, ГДР, Румынии, Польши, Чехословакии, Болгарии, Италии, Корейской Народно-Демократической Республики и Советского Союза.

В число 10 лучших произведений, отмеченных жюри конкурса, входит и рассказ московской школьницы АНТОНИНЫ ЦЫГАНОВОЙ «Октябрьское поле», который мы публикуем сегодня.

Есть такой район в Москве — Октябрьское поле. По моему, очень хороший район. Самый лучший.

Мы приехали туда, когда мне было четыре года. Жили мы там недолго. Но я очень люблю Октябрьское поле. И всегда буду любить.

Раньше мы жили в подвале. И вдруг — седьмой этаж. Мы с братом целыми днями не уходили с балкона. Мы стояли и смотрели вниз.

— Странно, — говорила я. — А дома еще выше бывают, — говорил брат.

Я не верила. Мне просто не хотелось верить, что где-то есть дом выше нашего.

В одном подъезде с нами жила девочка Наташа. Мы с ней как-то сразу подружились. Наташа на год моложе меня. Но нас это не смущало. Мы всегда были вместе.

Наш двор был обнесен высокой оградой. Очень высокой. Самой высокой. Мы с завистью смотрели на мальчи-

шек, которые не признавали ворот и лазили через ограду.

«Когда я буду большой, я тоже никогда не буду ходить за ворота», — думала я.

В центре нашего двора был фонтан. Очень большой. Самый большой. Я никогда не видела, чтобы он работал. Но в фонтане всегда была вода. Я до сих пор не знаю, откуда она бралась.

Фонтан был нашим кораб-

РАССКАЗ

лем. Я хорошо помню одну смешную историю. Но она только сейчас смешная. А тогда было не очень весело.

Это случилось весной. Мы с Наташей вышли на улицу и побегали и фонтану. Вода была затянута голубой корочкой льда. Казалось, яркое, весеннее небо отразилось в ней.

Мы стали на край фонтана.

— Прягай на палубу! — командовала Наташа. — И мы прыгнули. Лед затрещал. Мы очутились по пояс в воде.

«Вы простудитесь», — ахали родители.

«Мы замаленные», — отвечали мы.

И не простудились.

Я уже писала, что двор был обнесен высокой оградой. А за оградой была дорога. Очень шумная. Ни на одну секунду не прекращалась на ней движение. И нам строго-настроено запрещали переходить через дорогу. А мороженое, и не случайно, продавалось только на той стороне. Однажды Наташа танстенвенно сказала:

— Хочешь мороженого? У меня есть деньги.

— Дорога, — коротко ответила я.

Но мы решились. Мы вышли за ворота. По дороге с огромной скоростью мчались машины. По тротуарам шли люди. Очень много людей. И все куда-то спешили. Но одна тетенька остановилась, взяла нас за руки, и мы перешли через дорогу. А кругом были большие-большие дома. Как наш. Из окон «Универмага» на нас смотрели манененцы в модных костюмах.

Мы купили фруктовое мороженое. Аккуратно разделили его пополам.

Мы шли по улице и с наслаждением откусывали кусочки летнего розового снега. Мы шли и смотрели по сторонам.

— Какая большая Москва! — сказала Наташа.

А Москва действительно была большая. И самая красивая.

А у нас во дворе было мало зелени. И мы с Наташей решили посадить тополя. И посадили. Рядом.

С тех пор прошло одиннадцать лет. Я давно живу в другом районе. А Наташа совсем уехала из Москвы.

Летом Наташа приехала в свой родной город. Мы ходили в наш двор. Наши тополя стали большими тополями. Мы стояли под этими тополями, и ели фруктовое мороженое.

Другие мальчишки перемархивали через забор.

— Ракета и старту готова! — из центра двора услышали мы.

И поклялись, что наш фонтан стал космическим кораблем.

— Какой тебе больше хочется быть: большой или маленькой? — спросила я у Наташи.

— Маленькой, — ответила подруга.

К 5-52-99 и доб. по номм. 3-27. Отдел писем и массовой работы: К 4-68-56 и доб. по номм. 5-66. Стен 4 и доб. по номм. 5-58. Отдел сельской молодежи: В 3-20-87 и доб. по номм. 6-70. Отдел учащейся з 2-54, 2-56. Отдел информации: К 4-10-59 и доб. по номм. 5-60. Отдел физкультуры и спорта: доб. В 3-82-19. Бюро проверки: доб. по номм. 5-10. Отдел объявлений: К 4-18-45. (Поталовский пер., 3).

Газета «Московский комсомолец» № 75 (7848) от 14 апреля 1964 года

Вместо эпиграфа к рассказу «Октябрьское поле».

Что же было дальше? А была дружба длиною в целую жизнь. Через пять лет Наташа с родителями возвратилась из ГДР. Так сложилось,

что, переехав с Октябрьского поля в Хорошево-Мневники, девочки снова жили в одном дворе и ходили в одну школу. Обе стали золотыми медалистками. Затем был Университет, студенческая жизнь. Вместе поступили в аспирантуру, защитили кандидатские диссертации. Став взрослыми, девочки продолжали дружить всю жизнь.

Тот двор, в котором они выросли, практически не изменился. И фонтан остался, говорят, даже иногда работает. Сохранилась спортивная площадка, которая зимой превращалась в каток, где подружки учились кататься на «гагах», немного завидуя обладателям «фигурок». Жива и железная решетка рядом с входом в подъезд, к которой на морозе так заманчиво было прилепить язык...

Выросли деревья, неожиданно короткой стала дорога до 703-й школы, которая в детстве казалась очень длинной и полной всяких опасностей. Рядом с домом появилась станция метро «Октябрьское поле». Там, где раньше дети играли в «казаки-разбойники», бурлит людской поток. Уже мало кто помнит уют и тишину дворов Октябрьского поля, послевоенную жизнь здешних мест. «Точечная» застройка неумолимо меняет облик этого района. И только память хранит милые сердцу воспоминания о давно минувших днях.

Из воспоминаний Наташи

Сколько себя помню, в моей жизни Тонечка была **всегда**. Мы переехали на Октябрьское поле, когда мне было три года. Именно с этого момента мы с Тоней стали вести отсчет нашей дружбы. Память «вытаскивает» воспоминания о наших детских играх в «дочки-матери», «казаки-разбойники», «классики» и прятки. Тоня пошла в школу на год раньше меня, с тех пор ее авторитет старшей подруги был для меня абсолютным.

По счастливому совпадению, из дома на Октябрьском поле мы практически одновременно переехали в Хорошево-Мневники и стали жить в одном дворе. Радости от того, что мы снова вместе, не было конца! После ГДР я пошла в ту же школу № 100, в которой училась Тонечка — а иначе и быть не могло!



Наша дружба и в разлуке не прерывалась. Мы писали друг другу письма, были в курсе всех наших дел. Именно тогда я узнала из «Пионерской правды», что Тонин рассказ «Октябрьское поле» победил на международном конкурсе в Праге. Как же мы все этим гордились!

Наша дружба способствовала тому, что и наши родители тоже стали друзьями. Не один год существовала традиция совместных воскресных обедов. По выходным мы часто выезжали на пикники куда-нибудь на водохранилище или в Серебряный бор. В «Волгу» набивалось две семьи и такой веселой компанией мы отправлялись на отдых. Об этих поездках сохранились любительские киноплёнки, где наши родители — молодёжь, а мы ещё совсем дети.

Тонечка — умница, отличница, была гордостью школы, её любили и уважали и учителя, и школьные товарищи. Я очень гордилась тем, что я подруга. Её друзья становились и моими друзьями. Тогда мы дружили очень тесной компанией с Таней Сперанской и Борисом Плахотнюком. Из первых букв наших имен сложилось название «неформального общества» — БАНТ. Именно в таком составе мы поехали в зимний «пионерский лагерь». Чудесное было время! В те годы все увлекались игрой в КВН, вот и там мы с азартом участвовали в

Тоня Цыганок и Наташа Дузенко. 1960 г. (на предыдущей странице — 1958 г.)



состояниях ума и юмора, и, как мне помнится, успешно. С тех пор сохранили любовь к интеллектуальным играм, а впоследствии телепередача «Что? Где? Когда?» стала для нас с Тоней одной из самых любимых.

Потом был Университет, Тонечка стала студенткой психологического факультета, а я еще заканчивала 10-й класс. Благодаря Тоне, которая приоткрыла мне дверь в студенческую жизнь, годом позже я тоже поступила в МГУ, только на географический. Это было замечательное время. Мы увлекались бардовской песней, доставали кассеты с записями Окуджавы, Визбора, Высоцкого, Ады Якушевой. Тоня, к слову сказать, прекрасно пела. Тонечка всегда была в курсе литературных новинок, прекрасно разбиралась в поэзии. Именно она дала мне почитать «Ивана Денисовича», журнальный вариант «Мастера и Маргариты».

Тоня была посвящена во все мои сердечные тайны, о которых, кроме нее, никто не знал. На свадьбе она, естественно, выступала «свидетелем со стороны невесты». Для моей дочери Даши любимая «тетя Тоня» стала близким и родным человеком. Дашуня очень любила бывать в гостях у Тонечки, особенно на праздновании ее дня рождения. Это была славная традиция — собраться в хлебосольном доме Цыганков, увидеться с замечательными родителями Тони — Лидией Степановной и Андреем Гордеевичем, окунуться в атмосферу доброты и гостеприимства. За долгие годы нашей дружбы сложились и другие традиции, которые мы старались поддерживать до самого последнего времени. Много лет посещали филармонические концерты — каждый сезон покупали два-три абонемента. Это была прекрасная возможность увидеться в нашей круговерти дел и постоянной занятости. Помимо дней рождений, обязательно вместе отмечали масленицу. Не только в радости, но и в беде Тонечка всегда была рядом, всегда готова прийти на помощь.

Когда Тонечки не стало, мы все сразу осиротели. Рана в сердце не заживает... Для меня, для которой с именем Тонечки связана вся сознательная жизнь, эта потеря совершенно невозполнима — как будто отняли часть меня самое. Трудно смириться с мыслью, что не услышишь ее такого родного голоса по телефону, не увидишься с нею... И только воспоминания о чудесной, доброй, милой Тонечке, этом совершенно необыкновенном человеке, служат слабым утешением в нашей вечной разлуке...

Татьяна Ильина. Нам всем не хватило времени

Скоро 20 сентября, день рождения моей лучшей подруги Тони. Мы дружим уже 47 лет, отметили нашу «серебряную дружбу» — 25 лет, но не успели «золотую»...

В 1960 году я новичком пришла в класс, где училась Тоня (Тоха, как я ее называла), и с 4-го класса мы сидели за одной партой. Мы подружились практически сразу и тех пор уже не разлучались. Окончив нашу «восьмилетку», мы стали учиться в разных школах. Но странным образом наши классы из разных школ были очень дружны. Так, в зимние каникулы мы с Тоней, нашей подругой Наташей и моим одноклассником Борей (это была наша в ту пору очень дружная компания) поехали в зимний лагерь. Оттуда сразу написали одну открытку для всех родителей, чтобы они не волновались. А открытка с подписью «Серые волки из леса» дошла только летом, когда этот лагерь принял детей на летнюю смену, и из почтового ящика ее отправили. То-то было смеху!!!

К празднованию Нового года Тоня сочинила шуточные записки-пожелания, типа: «Ваше счастье с рыжей челкой ждет сегодня вас под елкой», «Здоровый дух в здоровом теле — покупай себе гантели!» и т.п. (А недавно я услышала подобные шутки уже на Новогоднем празднике в Центре лечебной педагогики — и узнала в этом Тоню.) В команде КВН мы четверо отправились в выездной конкурс «К чертовой бабушке». Конечно же, тексты и стихи писала наш поэт Тоня, мы с Наташей рисовали, а Борис точил карандаши и вдохновлял. Мы победили! А «картины» с подписями и эту открытку потом, много лет спустя, нам показала Тоха — она всегда бережно сохраняла память об интересном.

Мы с Тоней начали собирать открытки с нашими любимыми ромашками. Но соревноваться с ней в этом было трудно. Ее коллекция все время пополнялась, цела и сейчас. Тоня всегда писала и получала огромное количество писем и открыток, чего в наше время почти никто не делает. Она помнила памятные даты всех своих многочисленных друзей и не забывала вовремя послать открытку или письмо, поздравить с праздниками. Это была огромная переписка. Несмотря на постоянную занятость, на это у нее всегда хватало времени.

Дом семьи Цыганков всегда был открыт для друзей. Еще в школьные годы в Тониной комнате, 8 квадратных метров, бывало столько народу, что уже сейчас мы удивляемся — как же там все помещались?



В гостях у Михаила и Татьяны Ильиных. 2001 г.

Я только теперь осознала, каким редким даром дружить обладала Тоня. К ней всегда тянулись люди. Тоха сближалась далеко не со всеми, но с годами количество ее друзей и подруг только увеличивалось. Ее друзья часто становились моими, а мои — ее. Она дружила с нами, сверстниками. Умела дружить с нашими родителями и бабушками-дедушками. Дружила, причем по-настоящему, с нашими детьми, а потом и с внуками. Ей открывали «секреты», которые можно рассказывать только самому близкому человеку. Причем с каждым отношения эти были свои, и очень доверительные. С ней можно было разговаривать обо всем. Ее советы были и строги, и справедливы. Многие и теперь, когда Тони уже нет с нами, считают ее своим лучшим другом.

Тоня запоминалась всем, кто с ней общался хотя бы несколько раз. Все отмечают ее внимание и благожелательность. Ей всё было интересно и все были интересны. Даже тяжело заболев, Тоня не переставала работать и живо участвовать во всем происходящем. Она умела радоваться чужим успехам, находила способ развивать в людях их лучшие качества. Многим Тоня помогла в выборе жизненного пути.

Появлялись новые друзья. Но где бы мы ни были, что бы ни происходило — Тоха всегда была мне самым надежным и проверенным другом, который поддержит в трудную минуту, найдет нужные слова и способ помочь. Наши отношения были гораздо более значимыми, чем просто дружба. Тоня стала неотделимой частью меня самой, во многом моей лучшей половиной. Даже если мы иногда некоторое время не встречались или не звонили друг другу, ощущение прочной духовной близости и «надежного тыла» помогало в самые трудные минуты жизни.

В суете дел мы не задумываемся, сколько времени впереди, и не успеваем показать самым дорогим и любимым людям, как много они для нас значат. Так произошло и с Тоней. Нам всем не хватило времени.

Ольга Почекутова. Жизнь, полная радости и добра

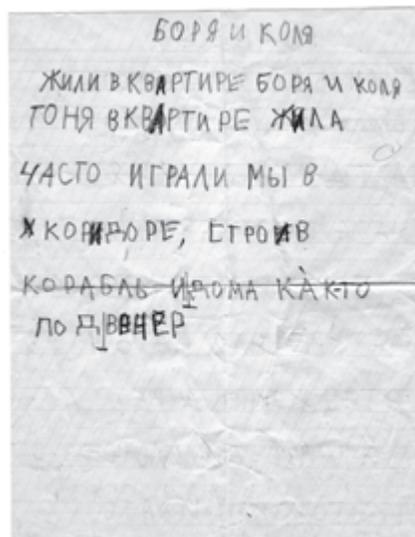
Мы встречались только летом и иногда зимой. Но эти встречи длились более пятидесяти лет. Это целая жизнь, полная радости и добра, счастья и смеха, интересная, наполненная богатым смыслом и содержанием. И огромная роль в этом принадлежит Тонечке.

С детства Тонечку и Валерия Лидия Степановна и Андрей Гордеевич привозили летом к бабушке Агриппине Родионовне в город Волноваху на Украине. Приезда Тонечки ожидали как праздника. Мы и готовились к встрече самым тщательнейшим образом. Это были обязательно цветы и подарки. Встречи всегда были искренне радостными и счастливыми, потому что вместе с Тонечкой появлялось столько всего интересного, увлекательного, веселого, нового.

По приезду семьи Цыганок на нашем кутке (так называли квартал улицы Короленко) начиналась бурная жизнь. Тонечка и Валера обучали нас новым играм, и родителям вовсе не просто было позвать своих чад на обед или ужин. Оригинально выглядело это и у нас: мы с Тонечкой в детстве не отличались хорошим аппетитом. Поэтому, чтобы нас накормить, моя мама и Агриппина Родионовна поочередно носили друг другу обеды, якобы угощая меня — у Агриппины Родионовны, а Тонечку — у нас.

У Агриппины Родионовны был вишневый сад, выходивший на улицу. Тонечка организовала нас в концертный коллектив, готовила репертуар, мы старательно проводили репетиции, а потом между двумя вишнями появлялся «занавес» из огромного одеяла, в «зале» (между деревьями) расставлялись скамейки для наших родителей, и начиналось представление. Тонечка умело руководила всеми «артистами» и вместе с нами пела, читала стихи, танцевала. И не было никого счастливее нас, потому что нам было необыкновенно весело, мы были заняты делом, добрым делом, которое всех радовало. А Тонечка, организо-

Первое стихотворение Тони Цыганок. 1953 г.



вавшая все эти радости, оставалась в «тени» и никогда ни одним словом не отметила, что наш интереснейший досуг — это ее заслуга.

Мы выросли, на «сцене» появлялись сказки, пьесы. Тонечка начала писать стихи, рассказывала о своих друзьях в Москве, с которыми посещала литературный кружок в переулке Стопани. Ее произведения я с радостью встречала на страницах газеты «Пионерская правда», в сборниках рассказов. На наши похвалы она реагировала всегда скромно и застенчиво. Такой же она осталась после того, как окончила школу с медалью, потом МГУ, затем аспирантуру и занялась серьезной научной работой.

В течение сорока лет наша семья оказывалась в Москве по дороге в отпуск и обратно. Добрее и радушнее встреч не было нигде. Мы ощущали себя в своей семье, любящей и родной. Родными чувствовали себя в этой семье и наши дети. Однажды старший сын, курсант авиационного училища, отправляясь на каникулы, вместе с однокурсниками трое суток просидел в «Домодедове» в ожидании рейса на Красноярск. Деньги закончились, единственным вариантом было обратиться к тете Тоне. Я онемела, когда узнала, что к Тонечке явились восемь курсантов, а тетя Лида и Тонечка со смехом и шутками рассказывали о том, как гости с удовольствием уплетали обед и, получив бутерброды, отбыли в аэропорт.

Необыкновенная щедрость, желание и готовность помочь в любую минуту, чувство соперничества во всем — вот основные черты характера этих необыкновенных людей.

Шли годы, а Тонечка, с присущими ей добротой и вниманием, любовью и заботой звонила, писала, поздравляла, приобретала всем подарки, подбирала нужную литературу, ждала в гости. Ждала... Всего нескольких месяцев не дождалась моя дорогая, моя любимая, моя самая преданная и самая лучшая Тонечка. Ее любовь, внимание, терпение, талант, добро, дружба, гостеприимство, справедливость, скромность, чуткость, простота стали эталоном порядочности для нас и наших детей.

Феноменальная вещь — память. Она живет во мне. Я помню всё, что связывало нас с Тонечкой. Она осталась в своих делах, в той жизни, которую она прожила, в своих друзьях, во всем том, что она создала и с чем соприкасалась. Она осталась с нами навсегда. Она осталась в наших детях, поэтому не будет ей забвения. Своими делами и поступками она снискала добрую память о себе, память, которая нетленна.

Валентина Невидомская. Уйду, не состарившись

Первый раз я увидела Тоню летом 1967 года во время приемных экзаменов на вечернее отделение психологического факультета МГУ. В конце полутемного факультетского коридора на фоне большого окна, словно вырезанные из черной бумаги, четко вырисовывались фигуры абитуриентов, стоящих в очереди на апелляцию после экзамена по математике. Волосы последней девушки светились, настолько они были белые. Я заняла очередь за ней и подумала, если повезет этой «светлой головке», повезет и мне. Ожидание было мучительным, подходит моя очередь, я стою перед дверью, ни жива, ни мертва. Наконец дверь открывается и вылетает сияющая Тоня, берет меня за руку и говорит: «Удачи! Все будет хорошо. Я тебя жду». И действительно все было хорошо, мы счастливые гуляли по улице Горького, казалось, что мы давно знакомы.

Студенческие билеты нам вручал А.Р. Лурия. Он вошел в аудиторию на четвертом этаже, встал у стола, но говорить не мог — в дверь постоянно заглядывали, а в коридоре был жуткий шум. Александр Романович взял стул, задвинул его ножку в дверную ручку и начал торжественную процедуру посвящения в студенты. Мы с Тоней сидели рядом.

Светлые, прекрасные, незабываемые студенческие годы... Столько прошло лет, а от этих воспоминаний сердце бьется радостно, сам себе завидуешь. Как было замечательно! Весной нас почти всех перевели на дневное отделение, мы были отличной группой, а Тоня нашей старостой. Нам очень повезло. Мы учились в удивительное время становления нового факультета психологии. Нам читали лекции, принимали зачеты и экзамены легендарные ученые: А.Н. Леонтьев, А.Р. Лурия, Б.В. Зейгарник, П.Я. Гальперин, Д.Б. Эльконин, А.В. Запорожец, В.П. Зинченко, всех не перечесть.

Может, мы были серьезнее и старательнее однокурсников, многие успели порабо-

*Тоня с Юрой и Валей
Невидомскими. 1971 г.*



тать. Может быть, по этой причине, а может быть, еще за что-то, нашу группу наградили поездкой в Эстонию. После зимней сессии мы поехали в Таллин и Тарту. Было так здорово, что краски воспоминаний до сих пор не померкли, и мы часто с Тоней смеялись уже после первых слов: «А помнишь?..»

Потом мы ездили всем курсом «на картошку», а точнее, морковку, хорошо и дружно работали, весело и интересно жили. Ходили везде с отрядной песней: «Ах, шарабан мой...». Праздновали четыре дня рождения: Танин — 13, Валин — 18, Танин — 19, Тонин — 20 сентября. Мы пели под гитару песни Окуджавы, Визбора, Городницкого, Ады Якушевой, русские романсы, украинские песни, а наш с Тоней дуэт называли «Сестры Тереховы». Тоня любила петь и удивительным образом помнила абсолютно все слова.

Мы с ней ходили на спектакли в театр «Современник», иногда ели на обед блинчики за 67 копеек в кафе «Московское» на улице Горького, а на сэкономленные с повышенной стипендии деньги купили один на двоих флакон настоящих французских духов.

Мы с девчонками готовились к экзаменам в ее комнате на диване, где на голубом клетчатом пледе сидел «лунный медведь» голубого цвета, на письменном столе стояла открытая коробка с шоколадными конфетами и тарелка с любимыми Тоней солеными огурцами.

Наш преподаватель по истории КПСС любил поэзию, на одной лекции, посвященной первым советским пятилеткам, он прочел несколько стихотворений того времени. Тоня тут же в моей тетради для конспектов написала шутивное подражание:

Вале П. от Тони Ц.

Ворвется в уши теплый
ветер летний,
И захлестнет слюной 9-й вал...
Я тот, который в первой
пятилетке
Впервые девушку поцеловал.

И вот рукой нетвердой, но умелой
Я таз с водой расположу у ног,
И словно в бане собственное тело,
Я вымою изношенный станок.

Я видел много, хоть и прожил мало,
Но не устану верить вновь и вновь,
Что там, где меж двумя нет интервала,
Там, значит, начинается любовь!

И вижу я во сне: в лесу болото,
Поодаль на пеньке ютится мох,
И вспоминаю я: родился кто-то,
Потом, как полагается, издох.

А на следующей странице веселая, оптимистичная Тоня написала грустные, очень удивившие меня стихи:

Живу неумеючи,
Люблю невпопад,
Метелью весеннюю,
В густой листопад.

Кругом — сновидения,
Закон — не закон,
Но меркнут видения —
Где день, там и сон.

Уйду, не состарившись,
Забуду забыть,
Мне смерть — это странствие
В заоблачный быт.

Тогда я не придавала значения ее словам, да и Тоня через минуту уже смеялась, а сейчас читаю и плачу.

Всегда было ощущение, что мы сестры, и знаем друг друга с рождения, ведь и родились мы с ней в один год, в один месяц и почти в один день. Тонина родня по маминой линии — донские казаки, и мой отец родился в станице рядом со знаменитой Вешенской. Детство у Тони и у меня прошло на Украине среди цветущих садов и волшебных песен, на руках любящих бабушек. Мы просто не могли не подружиться.

У моей сестры Иры стало две старших сестры: Валя и Тоня. И когда я на несколько лет уехала с семьей из Москвы, Тоня осталась за

нас двоих. На свадьбе Иры и Юры Поповых она была свидетелем и любящей старшей сестрой, желающей им счастья:

Да! Совпадения правят миром!
Мы убедились в этом снова.
Поскольку Юра здесь и Ира,
И оба от корней Поповы!

Одни фамилии совпали,
И то — поверить нелегко.
А ведь у них и сестры — Вали,
И обе нынче далеко.

И совпадениям продолжаться,
Конца той веренице нет:
Пусть совпадут прописки в паспорте
И с продпрограммой — ваш бюджет.

И совпадениям не кончаться,
Пусть совпадает мыслей ход,
Пусть совпадают ваши счастья,
Пусть вера в счастье совпадет!

28.5.1982



*Тоня, Ира Попова,
Валя Невидомская. 1982 г.*

фото внизу:

С Юрой Невидомским. 1993 г.

Как-то незаметно семьи Цыганков, Поповых и Невидомских стали родными — одной большой семьей с общими радостями и горестями. Мы были желанными гостями в Тонином доме, а Тоня в наших домах. Мы вместе праздновали праздники, справлялись с горем, учили и учились, крестили детей. Нам столько лет было хорошо вместе, мы так красиво и задушевно пели в несколько голосов под аккомпанемент Юры Попова и Юры Невидомского. И каждый год 20 сентября несли к ней в дом букеты цветов (охапки ее любимых ромашек).

Центр лечебной педагогики был главным делом ее жизни. Она участвовала в его создании, жила его жизнью и до последнего дня продолжала работать.

Тоня позвала меня в ЦЛП в 1990 году, и с тех пор мы работали рядом. В ежедневных трудах годы пролетели незаметно, ка-



жется, что совсем недавно приходили на занятия к ней малыши, глядишь — а они уже взрослые люди. За несколько дней до ее кончины мы с ней обсуждали планы работы на следующий год, вспоминали детей. Она попросила меня принести ей карту Полины, с которой она занималась много лет, и продолжала беспокоиться о ней, следить за ее судьбой. А сколько было таких детей!

Тоня тонко чувствовала и хорошо понимала детей, они с ней дружили, и не только ее близкие Андрей, Олег и Настя. Это были дети ее друзей, дети сотрудников, дети с которыми она занималась. Она учила их взрослой жизни, учила дружить, учила принимать решения, не навязывала собственного мнения, поддерживала, не осуждала, давая право на ошибку. Искренне интересовалась их жизнью, успехами и неудачами, помогала, советовала, всегда тактично, спокойно, доброжелательно. Для моих сыновей Алеши и Мити она была родной тетей, к которой они обращались на «ты» и обсуждали с ней все волнующие их вопросы. Мите она посвятила шутивное, пронизательное стихотворение:

Опять сулит контрасты осень нам:
То холодно, то дождь, то снова жарко.
И делает сентябрь своим друзьям
Последние бесценные подарки.

Он красит клены в небывалый цвет,
Красив и горд в своей роскошной свите.
И в день такой рождается на свет
На радость всем чудесный мальчик
Митя

И на земле становится светлей,
А в доме и уютней, и добрее.
Твой первый настоящий юбилей
Пусть всех вокруг своим теплом
Согреет.

Пусть горн поет на каждом этаже,
А розы расточают ароматы...
А что контраст и в мыслях, и в душе,
Так в этом, видно, осень виновата.



*Тоня с крестником
Митей Невидомским.
1988 г.*

Ей можно было звонить в любое время дня и ночи, обращаться по любому вопросу, связанному с детьми и не только. Знала Тоня очень много, ей все было интересно, а главное, она всегда была готова выслушать, помочь, поддержать. С ней всем было легко, а было ли легко ей? Она редко жаловалась, она была сильным, надежным человеком. Ей был дан дар дружбы, общения, многим повезло быть ее друзьями. Мы будем помнить ее, продолжать ее дело и петь ее любимые песни.

Давайте собираться у стола,
И с нами — те, чья песня не допета,
Они живут, пока мы помним это,
Покуда наша боль за них — светла.
«Друзьям», Б. Вахнюк

... И еще три фотографии

Семинар молодых нейропсихологов социалистических стран. Слева направо: М. Баймишева, А. Цыганок, В. Тлокинский (ПНР), проф. Б.В. Зейгарник. 1975 г.





С друзьями: Юрой Невидомским, Ирой и Юрой Поповыми. 1995 г.

С родными: мамой, братом, племянниками Аней и Андреем, внучатыми племянниками Олегом и Настей. Конец 1990-х.



Об авторах этого раздела

Асмолов Александр Григорьевич, доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой психологии личности факультета психологии МГУ, Москва.

Морозова (Цыганок) Анна Валериевна, старший преподаватель кафедры русского языка Государственного университета управления (ГУУ), Москва.

Глоzman Жанна Марковна, доктор психологических наук, профессор, ведущий научный сотрудник лаборатории нейропсихологии факультета психологии МГУ, Москва.

Битова Анна Львовна, дефектолог-логопед, президент РБОО «Центр лечебной педагогики», Москва

Дименштейн Роман Павлович, педагог, председатель правления РБОО «Центр лечебной педагогики», Москва

Иванова Марина Юрьевна, по образованию педагог музыкальной школы, мама Маши Ивановой, первой в Центре лечебной педагогики девочки с синдромом Ретта, г. Ковров (Владимирская область). См.: Иванова М. Взгляд из Коврова. Из кн.: Синдром Ретта глазами родителей и специалистов / Составитель М.С. Дименштейн. — М.: Центр лечебной педагогики, 2005. — с. 75–111.

Котик-Фридгут Белла, доктор психологических наук, профессор, преподаватель Академического педагогического колледжа «Ахва», Иерусалим (Израиль).

Прибылова Татьяна Николаевна, медицинский психолог, заведующий отделением медико-психологической помощи Рязанского областного клинического психоневрологического диспансера, Рязань.

Форман Юлика, кандидат психологических наук, сотрудник кафедры детской психологии Тафтского университета, Бостон (США).

Попова Ольга Юрьевна, психолог, переводчик, Берлин (Германия).

Седакова Ольга Александровна, поэт, филолог, эссеист, переводчик; ведущий научный сотрудник Института мировой культуры, МГУ, Москва.

Гнатовская (Дузенко) Наталья Борисовна, ученый-страновед, переводчик, кандидат экономических наук, художница; старший научный сотрудник Института мировой экономики и междуна-

родных отношений РАН, автор научных статей, монографий и переводных изданий; выставляет свои картины на коллективных и персональных выставках, Москва

Ильина (Сперанская) Татьяна Николаевна, подруга со школьных лет, Москва.

Почекутова (Подмолодина) Ольга Михайловна, учитель русского языка, с. Ярцево (Туруханский район Красноярского края).

Невидомская Валентина Петровна, психолог, сотрудник РБОО «Центр лечебной педагогики», Москва.

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 12"

Учебное электронное издание

НЕЙРОПСИХОЛОГ
В РЕАБИЛИТАЦИИ И ОБРАЗОВАНИИ

Под ред. М. С. Дименштейн

Оформление и вёрстка *И. Э. Бернштейн*
Корректор *Н. А. Мусеева*

Подписано к использованию 03.07.2015
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
Сайт: www.terevinf.ru
Страница: facebook.com/terevinf
Интернет-магазин: shop.terevinf.ru