

Министерство образования Республики Беларусь
Учреждение образования «Белорусский государственный
педагогический университет имени Максима Танка»

Общественное объединение «Белорусская ассоциация помощи
детям-инвалидам и молодым инвалидам»

ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА КОРРЕКЦИОННО–РАЗВИВАЮЩЕГО ОБУЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Учебно–методическое пособие

2-е издание

Минск
УО «БГПУ им. М.Танка»
2008

УДК 376 (075.8)
ББК 74.3я73
О 267

Авторы: С.Е. Гайдукевич, В. Гайслер, Ф. Готан, И.Н. Миненкова,
Э. Крамер, Э. Рабе, В.В. Радыгина, Д. Шторце, Е. А. Якубовская

Под общей редакцией: С.Е. Гайдукевич

Рецензенты: консультант управления специального образования Министерства образования Республики Беларусь Т.П. Кунцевич, кандидат педагогических наук, доцент кафедры слухослухопедагогики БГПУ И.В. Зыльманова

Книга издана в рамках международного проекта «Создание национальных информационных центров» при финансовой поддержке

Книга издана в рамках международного проекта «Создание национальных информационных центров» при финансовой поддержке немецкой организации по оказанию помощи людям с ограничениями



О 267 Обучение и воспитание детей в условиях центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации: Пособие для педагогов и родителей / С.Е. Гайдукевич, В. Гайслер, Ф. Готан и др.; Науч. ред. С.Е. Гайдукевич. 2-е изд. - Мн.: УО «БГПУ им. М. Танка», 2008. - 144 с.: ил.

ISBN 978-985-501-647-3

Пособие знакомит с ведущими подходами к организации комплексно-педагогической помощи детям с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития, успешно реализуемыми в странах Западной Европы и США. В нем представлены направления коррекционно-педагогической работы с данным контингентом детей, а также методические рекомендации по их реализации.

Адресуются учителям-дефектологам, родителям, студентам педагогических вузов.

УДК 376 (075.8)
ББК 74.3я73

ISBN 978-985-501-647-3

© Гайдукевич С.Е. [и др.], 2008
©ОО «БелАЦДиММ», 2008
©УО «БГПУ им. М.Танка»
оформление, 2008

Содержание

Введение	6
1. Принцип нормализации жизнедеятельности лиц с ограничениями.....	9
1.1. Исторические предпосылки принципа нормализации жизнедеятельности лиц с ограничениями	9
1.2. Основные положения принципа нормализации жизнедеятельности лиц с ограничениями по Б. Нирье	11
1.3. Принцип нормализации жизнедеятельности лиц с ограничениями в трактовке В. Вольфенсбергера	12
2. Психолого-педагогическая характеристика детей с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития	14
2.1. Понятие о тяжелых и множественных нарушениях психофизического развития	14
2.2. Тяжелые нарушения опорно-двигательного аппарата	15
2.3. Интеллектуальная недостаточность	21
2.4. Нарушения зрения	23
2.5. Детский аутизм (синдром Каннера)	24
3. Комплексный характер лечебной и психолого-педагогической помощи детям с особенностями психофизического развития	31
3.1. Аспекты комплексной лечебной и психолого-педагогической помощи	31
3.2. Основные задачи комплексной лечебной и психолого-педагогической помощи	35
3.3. Принцип единства лечебных и психолого-педагогических действий	38
4. Коммуникация и развитие коммуникативных способностей детей с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития	39
4.1. Понятие о коммуникации.....	39
4.2. Особенности коммуникации детей с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития	40

4.3. Уровни развития коммуникативного поведения детей с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития	41
4.4. Поддерживающая коммуникация.....	42
4.5. Диагностика коммуникативных способностей детей с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития	49
4.6. Предпосылки для проведения педагогических мероприятий по формированию коммуникативного поведения.....	58

5. Реализация метода базальной стимуляции в отношении детей с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития 65

5.1. Метод базальной стимуляции по А. Фрелиху	65
5.2. Использование метода базальной стимуляции в коррекционно-педагогической работе с детьми с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития	69
5.3. Базальная коммуникация по З. Малл.....	74

6. Реализация метода эрготерапии в отношении детей с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития 76

6.1. Понятие о методе эрготерапии	76
6.2. Эрготерапия как концепция и метод работы с детьми с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития ...	80
6.3. Характеристика основных концепций эрготерапии.....	83
6.3.1. Концепция сенсорной интеграции по Д. Айрес.....	83
6.3.1.1. Понятие о сенсорной интеграции	83
6.3.1.2. Обеспечение сенсорной интеграции в коррекционно-развивающей работе с детьми с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития	86
6.3.2. Концепция нейрофизиологического движения по К. Бобату и Б. Бобат.....	92
6.3.2.1. Понятие о Бобат-терапии	92
6.3.2.2. Использование Бобат-терапии при детском церебральном параличе	95

7. Особенности организации педагогической помощи отдельным категориям детей с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития 107

7.1. Организация помощи при детском церебральном параличе	107
7.1.1. Помощь при приеме пищи.....	107
7.1.2. Помощь при одевании и раздевании.....	113

7.1.3. Помощь при выполнении обслуживающих действий	115
7.2. Организация помощи при детском аутизме	117
7.2.1. Функциональная оценка проблемного поведения детей с аутизмом	117
7.2.2. Подходы к оказанию помощи при аутистических расстройствах	121
7.2.3. Использование программы TEACCH при аутистических расстройствах	125
7.3. Организация помощи при нарушениях зрения	132

**8. Сексуальное воспитание детей с тяжелыми и (или)
множественными нарушениями психофизического развития 138**

8.1. Искаженные понятия о сексуальных отношениях	138
8.2. Аспекты психосексуального развития в период полового созревания детей с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития	140
8.3. Практические рекомендации по сексуальному воспитанию	141

Введение

Образование и социальная интеграция людей с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития является одной из целей государственной политики как в Германии, так и в Республике Беларусь. При этом в обеих странах процесс включения этих людей в жизнь общества рассчитан на долгосрочный период времени и требует особых усилий всех его участников, не только государства, но в первую очередь самих людей с ограничениями, членов их семей, а также специалистов.

Расширение сети учреждений специального образования, ее качественное обновление создают новые возможности в Беларуси для людей с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития. Центры коррекционно-развивающего обучения и реабилитации сегодня активно реализуют психолого-педагогическое сопровождение рассматриваемой группы лиц. В этой связи особенно актуальной становится потребность в специальных знаниях, позволяющих специалистам работать в данной области на высоком профессиональном уровне. Не секрет, что практика оказания педагогической помощи детям с тяжелыми и множественными физическими и психическими ограничениями в Беларуси насчитывает чуть более десяти лет и еще не получила должного развития, а тем более теоретического обобщения. Работа с рассматриваемым контингентом вызывает много вопросов, ответы на которые порой невозможно получить ни у опытных практиков, ни в специальной литературе.

С целью удовлетворения запроса специалистов центров на специальную подготовку в области работы с детьми с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития был задуман и реализован белорусско-немецкий образовательный проект. В нем приняли участие государственные учреждения образования и общественные организации. С немецкой стороны реализацию проекта обеспечивали Служба оказания помощи инвалидам Германии «Акция человек», фонд «Хоффбауер-Штифтунг» (г. Потсдам) и группа оказания помощи пострадавшим от радиации белорусским детям (г. Берлин), с белорусской - Белорусский государственный педагогический университет имени Максима Танка и Общественное объединение «Белорусская ассоциация помощи детям-инвалидам и молодым инвалидам». Результатом совместной деятельности стало проведение трехэтапных курсов (240 учебных часов) повышения квалификации психологов и учителей-дефектологов центров коррекционно-развивающего обучения и реабилитации Республики Беларусь. Программа курсов была насыщенной и содержательной. Она позволила слушателям системно ознакомиться с ведущими концептуальными идеями и подходами к организации психолого-педагогической помощи лицам с тяжелыми и множественными ограничениями, успешно реализуемыми

в странах Западной Европы и США. Совместная деятельность белорусских и немецких преподавателей дала им возможность овладеть разнообразными методиками, интегрирующими отечественный и зарубежный опыт работы в данной области.

В процессе обучения белорусских специалистов особое внимание уделялось вопросу применения полученных знаний на практике в учреждениях образования Беларуси, адаптации предлагаемых методов, приемов и средств с учетом индивидуальных образовательных потребностей детей, посещающих центры коррекционно-развивающего обучения и реабилитации. Слушатели получили практический опыт работы в области базальной стимуляции, сенсорной интеграции, поддерживающей коммуникации, эрготерапии, научились пользоваться специальным оборудованием и самостоятельно изготавливать из подручных материалов необходимые для решения той или иной образовательной задачи специальные вспомогательные средства.

Данное пособие содержит материалы по подготовке специалистов в рамках белорусско-немецкого образовательного проекта. В нем представлены основные направления коррекционно-педагогической работы с детьми, имеющими тяжелые физические и психические ограничения. Комплекс предлагаемых мер имеет как теоретическое обоснование, так и конкретные методические рекомендации по его практическому применению. Все описанные в пособии педагогические мероприятия выстроены в соответствии с принципами нормализации жизнедеятельности лиц с ограничениями и ориентированы на развитие их собственной активности, инициативы и самостоятельности.

Материалы пособия акцентируют внимание специалистов на необходимости наблюдать за ребенком, подмечать малейшие сигналы, указывающие на его потребности и желания. Представленная педагогическая концепция использует девиз известного шведского специального педагога Лили Нильсон: «Помоги мне сделать это самому», который указывает на то, что именно ребенок является основой и точкой отсчета при проектировании всей системы коррекционно-педагогических мероприятий. Предлагаемые мероприятия включают в себя не только непосредственную работу с детьми, но и преобразование окружающей среды, создание условий, стимулирующих собственную деятельность каждого ребенка.

Данное пособие позволит более широкому кругу специалистов обратиться к современной теории и практике оказания педагогической помощи детям с тяжелыми и множественными нарушениями психофизического развития. Для многих специалистов оно может стать началом преисполненного надежд совместного пути с ребенком, который доверяет вам и очень нуждается в вашем профессионализме.

*Бениамин Браун, координатор проекта
Зузанне Рабэ, автор материалов пособия*

1. ПРИНЦИП НОРМАЛИЗАЦИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕНИЯМИ

1.1. Исторические предпосылки принципа нормализации жизнедеятельности лиц с ограничениями

Идея «нормализации» возникла в конце 50-х гг. в Скандинавских странах и с тех пор повлекла за собой большие изменения в организации помощи людям с ограничениями во всем мире. Эта идея способствовала изменению установок и позиций по отношению к людям с ограничениями, повлияла на улучшение качества их жизни. Принцип нормализации является основой для многих современных течений, реформ и концепций педагогической деятельности, в частности, такой концепции, как участие людей с ограничениями в устройстве своего жизненного уклада. Идея нормализации выражается следующими словами: жизнь человека с ограничениями должна быть организована **«настолько нормально, насколько это возможно»**. Это означает, что важные области жизнедеятельности человека (жилье, работа, досуг и т.д.) должны быть организованы как можно более естественно. При этом условия и достижения повседневной жизни в определенной степени находятся в распоряжении людей с ограничениями, что сближает их с остальным населением. Все фазы жизни людей с ограничениями должны быть устроены настолько нормально, насколько это возможно, другими словами, речь идет об организации культурных ролевых отношений, присущих определенному возрасту и полу.

Самая ранняя формулировка принципа нормализации принадлежит датскому юристу и чиновнику Нильсу Эрику Банк-Миккельсену (Niels Erik Bank-Mikkelsen). Во время немецкой оккупации Дании он попал в концентрационный лагерь и на себе испытал ситуацию, когда большое количество людей подчинено малому. Собственные ощущения позволили

Банк-Миккельсену провести определенные параллели между концентрационным лагерем и большими больницами и приютами государственного значения. Впервые данный принцип был зафиксирован в датском «Законе об опеке людей с умственными ограничениями» (1959), который гласил, что «помощь лицам с умственными расстройствами должна обеспечивать им как можно более нормальную жизнь». Принцип нормализации обозначил позиции людей с ограничениями в обществе, а именно то, что такой человек должен восприниматься в первую очередь как собрат, как собрат с ограничениями, но при этом являющийся полноценным гражданином с такими же правами и такой же жизнью, как человек без ограничений.

В 50-х и 60-х гг. как в Дании, так и в Швеции принцип нормализации активно внедрялся в деятельность государственных и общественных попечительских организаций, а также в работу родительских объединений. Последние приобретали все большее значение в обществе и оказали свое влияние на изменение шведского законодательства. В 1968 г. в Швеции был принят новый закон, согласно которому общины должны предлагать большее количество услуг людям с ограничениями. Данный закон предусматривал право всех людей с интеллектуальными ограничениями (в том числе и с тяжелыми) на обучение, а также право на профессиональное образование, право на проживание в интегрированных группах и право на занятия в так называемых центрах дневного пребывания. На протяжении последующих лет этот закон привел к значительным изменениям социального положения людей с ограничениями жизнедеятельности в Швеции.

Первое описание принципа нормализации в специальной литературе было сделано годом позже, в 1969 г., Бенгтом Нирье (Bengt Nirje), представителем шведского союза родителей. В восьми пунктах он показал, что должно включать в себя понятие «нормальная жизнь» для людей с интеллектуальными ограничениями. В 1969 г. Б. Нирье издает книгу «Изменение стандартов в условиях жизни людей с умственными ограничениями». Вскоре после этого он покидает шведский родительский союз, который был скептически настроен по отношению к его идеям, и уезжает в Канаду, где продолжает работать в Министерстве здравоохранения.

Впоследствии принцип нормализации получил достаточно широкое распространение в Европе и Северной Америке в основном благодаря просветительским поездкам Н. Э. Банка-Миккельсена, Б. Нирье и других заинтересованных специалистов. В 80-х гг. принцип нормализации нашел отклик в немецкоговорящих странах. Особенно он привлек к себе внимание в больших объединениях для людей с ограничениями. Однако несмотря на рост количества приверженцев данного принципа, улучшение условий жизни людей с ограничениями происходило довольно медленно.

В июне 1985 г. парламентом Швеции был принят новый закон, согласно которому все люди с интеллектуальными ограничениями имеют право

проживать в обычных условиях совместно с людьми без ограничений. Это стало началом создания для них новых учреждений общинного типа.

Таким образом, принцип нормализации - основополагающая идея многих концепций улучшения условий жизни людей с ограничениями и считается сегодня ведущим принципом организации им помощи во всем мире.

1.2. Основные положения принципа нормализации по Б. Нирье

1. Нормальный дневной ритм. Сон, подъем, одевание, прием пищи, работа, свободное время – весь этот дневной ритм должен быть похож на дневной ритм людей без ограничений соответствующего возраста. Например, нужно обеспечить промежуточный прием пищи, как минимум один раз в день смену окружения, кроме того, должны приниматься во внимание индивидуальные биологические ритмы человека.

2. Недельный ритм. Речь идет, прежде всего, о разделении таких областей жизнедеятельности, как проживание, работа и свободное время. Выполняемая работа должна иметь значение и занимать по времени большую часть дня. При этом обязательным условием является не только смена места, но и смена контактного лица. Следует избегать ситуаций, когда все области жизнедеятельности человека протекают внутри одного комплекса зданий и воспитанники не покидают свое учреждение неделями или месяцами. Перенос активности людей с ограничениями из стен учреждения наружу способствует тому, что они учатся ориентироваться в новых ситуациях.

3. Годовой ритм. Люди с ограничениями должны принимать участие наравне с остальным населением в таких мероприятиях, как путешествия во время отпуска, походы в гости, торжества и праздники. В их жизни должны иметь место события, повторяющиеся ежегодно.

4. Естественный жизненный путь (стадии жизни). Отношения и требования к людям с ограничениями должны быть строго соизмеримы с возрастом! Так, дети с ограничениями должны расти среди ровесников и по возможности с родителями. В учреждениях необходимо стремиться к низкой текучести кадров, между воспитателями и воспитанниками следует выстраивать тесные доверительные отношения. Дети школьного возраста с ограничениями не должны жить вместе с взрослыми людьми с ограничениями, так как при этом уменьшаются возможности обучения и приобретения личного опыта. Со взрослыми, имеющими ограничения, нужно обращаться именно как с взрослыми, это касается общения, одежды, предложений по досуговой деятельности и т.д. Пожилые люди с огра-

ничениями, которые уже не работают, также должны иметь возможность находиться в привычной обстановке, вблизи семьи или знакомых. Из этого следует необходимость создания служб, которые могли бы взять на себя часть забот по уходу за такими людьми и тем самым разгрузить семьи.

5. Уважение потребностей. Значение этого пункта состоит в выявлении потребностей людей с ограничениями. Даже когда их интерпретация осложнена коммуникационными ограничениями, желания, решения и волеизъявления рассматриваемой группы людей должны быть не только приняты к сведению, но и, насколько это возможно, учтены. Так, организация свободного времени, распорядок дня или обстановка в комнате должны соответствовать в первую очередь желаниям воспитанников, а не представлениям персонала.

6. Соответствующий контакт между полами. Естественная потребность в контакте с другим полом должна учитываться в любом возрасте. В рабочих и жилых группах должны присутствовать представители обоих полов, это же касается и персонала.

7. Нормальный экономический стандарт. В рамках социального законодательства люди с ограничениями должны быть обеспечены финансовыми и социальными гарантиями наравне с остальным населением. Это касается такой компенсирующей финансовой помощи, как преждевременная пенсия или минимальная заработная плата. Кроме того, после всех вычетов должна оставаться определенная сумма на личные расходы.

8. Стандарты обстановки. Стандарты обстановки также должны быть «нормальными». Здесь учитываются такие критерии, как размеры, положение, загруженность помещений, их оснащение. Учреждение не должно быть настолько большим, чтобы стали невозможны контакты с окружающими, оно также не должно быть слишком удалено от других объектов социального назначения.

1.3. Принцип нормализации в трактовке В. Вольфенсбергера

Классическими представителями принципа нормализации считаются Б. Нирье, Н. Э. Банк-Миккельсен, а также канадец Вольф Вольфенсбергер (Wolf Wolfensberger). Первые встречи Б. Нирье и Н. Э. Банк-Миккельсена с В. Вольфенсбергером состоялись во время их поездок с докладами по США в 60-х гг. В. Вольфенсбергер работал в то время в университете Небраски. Он писал книгу, которая должна была заложить основы понимания людей с ограничениями, а также подготовить реформу интернатов. Принцип нормализации был исходным в создаваемой им новой модели

обеспечения людей с ограничениями. Эта книга вышла в 1969 г. и стала опорой реформистского движения в Америке.

Согласно В. Вольфенсбергеру принцип нормализации должен распространяться не только на людей с интеллектуальными и другими видами ограничений, но и на все социально-неблагополучные группы населения. Он рассматривал нормализацию с социологической точки зрения, пытался разобраться, в чем заключается разница между людьми с ограничениями и обществом. В. Вольфенсбергер понимает нормализацию как процесс, который постоянно протекает во взаимодействии между индивидуумом и социальной сферой, и рассматривает его не только как средство, но и как цель. Он требует максимального применения позитивных культурных средств с целью помочь человеку взять на себя или трансформировать уже имеющуюся у него социальную роль в положительную и далее сохранять и развивать ее. В. Вольфенсбергер считает, что нормализация направлена на обеспечение позитивного образа и полезной компетенции социально неблагополучных групп населения, а следовательно, на их интеграцию, принятие остальным обществом.

По мнению В. Вольфенсбергера, нормализация включает в себя как применяемые средства и методы работы по уходу и помощи соответствующим группам людей, так и их внешний вид, поведение. Он акцентирует внимание на двух положениях, которые должны способствовать улучшению общественного положения людей с ограничениями: 1) развивать их дееспособность путем содействия развитию и закреплению всех видов жизненной компетентности: прикладной, коммуникативной, социальной, эмоциональной, а также когнитивной; 2) улучшать их внешний облик, поведение и тем самым влиять на производимое ими впечатление, т.е. не стоит привлекать к ним дополнительное внимание неоправданными и несуровыми прической, одеждой, манерами, которые воспринимаются как отклонение от нормы. В отношении второго положения В. Вольфенсбергер был достаточно активен и даже советовал проводить косметическое лечение различных изъянов у людей с ограничениями с целью улучшения их образа и соответственно лучшего принятия в обществе. Именно по этому поводу в адрес канадского ученого чаще всего приходили критические замечания, его уличали в попытках привести людей с ограничениями в соответствие с общепринятыми нормами.

Авторы принципа нормализации никогда не призывали сделать людей с ограничениями «нормальными», подогнать их под нормы и ожидания общества. Они ратовали, прежде всего, за признание за ними тех же возможностей, какие есть у остального общества.

2. ПСИХОЛОГО–ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ И (ИЛИ) МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

2.1. Понятие о тяжелых и множественных нарушениях психофизического развития Франциска Готан (Германия)

Изучая литературу по специальной педагогике, можно прийти к выводу, что, пожалуй, ни одно понятие не имеет так много различных определений, как понятие **«тяжелые и множественные нарушения психофизического развития»**. Под тяжелой формой с множественными нарушениями психофизического развития понимается комплексный синдром, частью которого является нарушение интеллектуального развития в сочетании с нарушениями зрения, слуха, физического развития и трудностями в воспитании. Понятие *«тяжелая форма нарушения психофизического развития»* указывает в первую очередь на то, что речь идет именно о тяжелых нарушениях, при этом не говорится, какое нарушение имеет первостепенное значение.

По стандартам Всемирной Организации Здравоохранения нарушения психического развития могут иметь легкую, среднюю, тяжелую и тяжелейшую формы. Более практичным критерием, определяющим форму нарушения, является объем помощи, который необходимо оказать отдельной личности, имеющей особенности психофизического развития. Различают малую, среднюю, большую и очень большую потребность в помощи. В соответствии с необходимой помощью выделяют группы людей, при этом переход от одной группы к другой не имеет четких границ. Среди данных групп особый интерес представляют люди с тяжелейшей формой нарушений психического развития и очень большой потребностью в оказании помощи.

Говоря о тяжелой форме нарушений психофизического развития, чаще всего имеют в виду тяжелейшие множественные нарушения, так как зачастую присутствует не одно, а несколько нарушений. При этом причина отдельно взятых нарушений обычно недостаточно ясна. Затронутыми, как правило, оказываются все виды ощущений, эмоциональные, когнитивные, телесные, а также социальные и коммуникативные способности, все средства самовыражения. В этой связи исходят из того, что речь идет о нарушениях, затрагивающих всего человека, во всех сферах его жизнедеятельности. Такие люди выражаются исключительно посредством собственного тела и звуков, они не в состоянии самостоятельно устанавливать различные виды отношений с окружающим миром. Они в большой мере нуждаются в гигиеническом уходе за собой и в помощи в бытовой сфере.

2.2. Тяжелые нарушения опорно–двигательного аппарата

Эльке Крамер (Германия)

Детский церебральный паралич (ДЦП) является не проходящим, однако изменяемым нарушением опорно-двигательных функций, которое возникает вследствие пре-, пери- и постнатальных нарушений церебральных функций. Нерациональные движения, характерные для этого нарушения, своими стереотипными повторениями оказывают влияние на формирование в мозгу неизменяемых двигательных стереотипов, что в свою очередь способствует блокированию, приостановке и усложнению дальнейшего развития ребенка. Как следствие дисбаланса двигательной активности могут развиваться контрактуры, вывихи бедра, а также деформации суставов, которые ограничивают двигательную способность и вызывают боли.

Классификация детского церебрального паралича по Михаэлис (Michaelis) и Ниemann (Niemann) (1995):

- 1) спастический гемипарез:
 - с большим поражением рук,
 - с большим поражением ног,
 - руки и ноги поражены примерно в равной степени;
- 2) спастические тетрапарезы:
 - с большим поражением ног – ноги поражены в большей степени, чем руки, эта картина в ранних классификациях носила название «дипарез»;
 - с троичным поражением – ноги и одна рука поражены больше, чем другая рука;
 - с большим поражением на одной стороне – конечности на одной стороне туловища поражены в большей степени, чем на другой;

- с перекрестным поражением – верхняя конечность на одной стороне и нижняя конечность на другой поражены в большей степени;
 - с полным поражением – руки и ноги поражены либо в равной степени, либо руки поражены в большей степени;
- 3) атетоз (дискенизия);
- 4) атаксия.

Картина нарушения двигательных функций

1. Спастический гемипарез

Первые проявления и симптомы:

- 3-й месяц: спонтанные движения рук, пораженная рука находится на задней стороне туловища, ладонь сжата в кулак, большой палец согнут, отчетливые признаки асимметрично-тонического затылочного рефлекса, лицо повернуто к здоровой стороне, сторона с нарушениями координации находится вне зоны видимости, и ребенок забывает о ней;
- 5-й месяц: переворачивание со спины на живот происходит через патологическую сторону, рука остается зажатой под животом, на нее нельзя опереться;
- 6-й месяц: хватать предметы, лежа на спине, ребенок может только с неповрежденной стороны, сгибательный тонус на поврежденной стороне препятствует выпрямлению тела, оперирование обеими руками невозможно, ползание на животе протекает асимметрично, ползание на четырех конечностях не удается, так как ребенок не может опереться на руку. Дети скользят на ягодичах, что вызывает опасность развития сколиоза и кифоза.
- 12 - 18 месяцев: вставание на ноги;
- 18-й месяц и до 3-х лет: ребенок учится ходить, с поврежденной стороны образуется внутренняя мякоть, которая мешает ходить, образуется «конская» стопа, малоберцовая мышца становится короче, наблюдаются нарушения роста.

Основные развивающие мероприятия:

- развитие симметричности тела и движений;
- регулирование спастического тонуса;
- развитие сенсомоторики;
- обеспечение правильного положения при сидении (использование коленных клиньев для приведения или отведения конечностей, закрепленной на стуле одежды, подкладки, с которой ребенок не мог бы соскользнуть, подлокотников; ноги должны всей ступней касаться пола; ребенок должен сидеть на середине стула, вес должен распределяться равномерно по всей площади ягодичц);

- развитие способности применения обеих рук (поврежденная сторона всегда исполняет вспомогательную функцию, ее не нужно тренировать до уровня доминантной стороны).

Помощь в повседневной жизни:

- поврежденная рука должна всегда находиться в поле зрения;
- руку следует освободить от одежды до локтевого сустава, при необходимости утяжелить мешком с песком;
- во время мытья рук человек должен здоровой рукой обмыть и вытереть пораженную;
- при одевании сначала надевается рукав на поврежденную руку, затем на здоровую, при раздевании действия происходят в обратном порядке.

2. Спастический тетрапарез

Повреждена сенсомоторика всего тела, включая голову. Дополнительно такие больные могут иметь следующие нарушения: нарушения речи, зрения и слуха, нарушение восприятия, а также эпилепсию. Возможны смешанные с атетозом формы.

Первые проявления и симптомы:

- при самых сложных формах спастического тетрапареза у новорожденного отсутствует сосательный и глотательный рефлексы, ребенок должен быть зондирован;
- типичная картина спастического нарушения: повышенный тонус разгибательных мышц ног, пониженный тонус сгибательных мышц рук, опистотоническое положение головы (opisthotone Kopfhaltung);
- тонус: гипертония;
- при тетрапарезе средней тяжести ребенок в 3 месяца не в состоянии поднять голову лежа на животе, руки отведены назад, прижаты к телу, ноги и бедра находятся в согнутом положении;
- 3-й - 4-й месяцы: ребенок не в состоянии опираться на локоть, хватательный рефлекс присутствует долго, это становится заметно, когда ребенок начинает ползать на четвереньках (пальцы согнуты в кулак);
- очень мало двигательных возможностей;
- не достигается свободный контроль над положением головы и туловища;
- тонус сгибательных мышц вызывает страх и давление;
- согнутое положение рук оказывает влияние на их моторику, локти сильно отведены назад, поэтому проследить глазами действия рук очень затруднительно;
- моторика рта: голова отведена назад, повышенный тонус мышц, слабая мимика, часто рот открыт и из него вытекает слюна, пища недостаточно размельчается во рту (часто отсутствуют движения челюстей в сторону);

- без развивающих мероприятий восприятие остается лишь в малой степени дифференцированным;
- не наблюдается спонтанных движений, орган равновесия недостаточно стимулируется раздражителями, по этой причине у ребенка развивается страх перед совершением движений;
- верхние конечности воспринимаются в большей степени, остальная часть тела остается не воспринятой, получение опыта происходит главным образом посредством зрения и слуха.

Люди, страдающие спастическим тетрапарезом, даже если у них есть врожденные интеллектуальные способности, имеют следующие особенности:

1) без развития и стимуляции отсутствует подвижность мышления, такие люди предпочитают всегда выполнять похожие действия, они нерешительно относятся к каким-либо изменениям или вариациям, их игры однообразны, они замыкаются и неохотно приобретают новый опыт; 2) может проявляться хорошая память на услышанное и увиденное, однако затруднены установление взаимосвязей на основе отдельных впечатлений и формулировка выводов. Восприятие людей, страдающих спастическим тетрапарезом, ограничивает возможности обучения. Гипертония оказывает сковывающее действие: чем больше ребенок хочет и старается что-либо сделать, тем тяжелее совершаются движения, тонус повышается, мотивация снижается. Следствием могут являться разочарование, пассивность и безынициативность.

Основные развивающие мероприятия:

- планирование достижимых целей;
- приобретение личностного опыта;
- развитие сенсорики как предпосылки движения;
- выбор правильного исходного положения;
- пассивные движения, вращения (снижают тонус);
- контроль головы и тела, развитие способности опираться на локоть;
- поддержание подвижности суставов;
- профилактика вторичных нарушений: вывихов суставов, сколиоза.

3. Спастическая диплегия

Подверженными оказываются преимущественно ступни, голени, бедра, туловище (нижние конечности), верхние конечности также повреждены, но в совсем малом объеме. Часто видны отклонения только на правой или только на левой стороне.

Первые проявления и симптомы:

- *в первые месяцы:* мало заметны, ребенок недостаточно интенсивно двигает ногами;

- *в 6 месяцев*, если ему оказывают помощь, ребенок начинает переворачиваться, однако это происходит целостно, туловище поворачивается вместе с головой и плечами как одно целое (при нормальном развитии поворот осуществляется последовательно);
- ползание на животе осуществляется при помощи локтей, ноги при этом вытянуты, наблюдаются сильная аддукция и «конская» стопа (опасность возникновения вывиха бедра);
- *в год* наблюдаются подтягивания, чтобы сесть, при этом спина согнута;
- как следствие дипаретической формы ног вытягивание и сгибание происходят не поочередно, а симметрично;
- ребенок не ползает на четырех конечностях, вместо этого он передвигается скачками;
- подтягивание, для того чтобы встать на ноги, затруднено, так как ноги приведены и повернуты внутрь, а также возникает «конская» стопа (позже она переходит в наружную косолапость, при этом основная нагрузка лежит на внутренней подушечке передней части стопы);
- свободная ходьба осуществляется с согнутым бедром, отсутствуют перекатывающиеся движения ног, часто для поддержания равновесия необходимы дополнительные движения руками;
- долгое сидение невозможно;
- наблюдаются нарушения восприятия, особенно в области нижних конечностей, нижняя часть ноги и стопа не ощущаются.

Основные развивающие мероприятия:

- вращения (плечи - бедра);
- развитие переменного движения ног;
- развитие тактильной и проприоцептивной чувствительности, особенно нижних конечностей;
- профилактика сидения со скрещенными ногами;
- использование вспомогательных средств: роллаторов (Rollator), костылей; можно заставлять двигать тяжелые предметы или коляску.

4. Атетоз (дискинезия)

Слово «атетоз» - греческое и означает «без прочного положения». Главным признаком является недостаточное управление сенсорикой и моторикой в области тела, рук, рта (с обеих сторон). Тонус: колебания напряжения от чрезмерного до вялого.

Первые проявления и симптомы:

- *новорожденные*: крайне пугливы, часто имеют трудности с приемом пищи, частая рвота;
- *с 4-го месяца* заметно опистотоническое положение головы, которое препятствует вращению;

- отклоняющиеся от нормы произвольные движения проявляются сначала в суставах конечностей, затем переходят на туловище, замедленный процесс выпрямления туловища, тело «ломается»;
- хватательный рефлекс и рефлексы ротовой полости долго не исчезают;
- в тактильной сфере возникают переменные ощущения, иногда ребенку щекотно, иногда касание приятно, присутствует неуверенность в установлении контакта, часто возникает необходимость прекращения всех действий с ребенком;
- ощущение собственного тела плохо развито из-за недостаточного чувства положения тела, ребенок не ощущает середины тела;
- отсутствие постоянства, дети легко отвлекаются, теряют объект перед глазами, однако у них хорошо развита концентрация;
- вестибулярный аппарат очень хорошо развит из-за частых движений головы;
- люди, страдающие атетозом, часто обладают подвижным умом, они нередко умнее, чем кажутся.

Основные развивающие мероприятия:

- обеспечение снижения чувствительности кожи;
- развитие проприоцептивной чувствительности, давления на суставы, чувства стабильности и привычности вертикального положения, так как движение – это сумма отдельных положений тела;
- выбор правильного исходного положения.

5. Атаксия

Термин «атаксия» дословно означает «без порядка». Тонус: гипотонус с тремором (мелкое дрожание при совершении действия). Нарушена координация во всех областях движений, особенно это заметно при целенаправленных движениях и контроле точности движений (например, неуверенный подъем по лестнице, зрение недостаточно помогает при этом). В интеллектуальном развитии часто наблюдается умственная ретардация. Атаксия зачастую комбинируется с атетозом.

Первые признаки и симптомы:

- *новорожденные:* гипотония, часто необходимо зондирование;
- *2-й - 3-й месяцы:* не совершают самостоятельных движений, проявляется нистагм (дрожание глаз);
- *6-й месяц:* не ищут контакта с окружающей средой, возможная причина – умственная ретардация;
- *8-й месяц:* при проявлении хватательного рефлекса заметно дрожание;
- *в 3 – 7 лет* свободная ходьба;
- нарушения развития речи проявляются часто в форме обрывочных фраз.

Развивающие мероприятия:

- выбор правильного исходного положения;
- развитие проприоцептивной чувствительности посредством давления на мышцы и суставы;
- тактильная стимуляция: сначала действие, затем понимание;
- развитие акустического и визуального восприятия помещения;
- тренировка удержания равновесия и стабильного положения.

2.3. Интеллектуальная недостаточность

Даниела Штюрце (Германия)

Отто Шпек (Otto Speck) определил базовую ориентацию для процесса обучения и воспитания людей с интеллектуальной недостаточностью при помощи специального воспитания. В своем лечебно-педагогическом учебнике (1990) он описывает основные целевые направления воспитания и обучения. Эти направления являются базовыми для коррекционно-педагогического процесса с людьми, имеющими интеллектуальную недостаточность, и могут быть представлены следующим образом.

Открытие доверия к жизни

Из своего профессионального опыта мы знаем, что люди с умственными ограничениями в большинстве своем имеют небольшое желание к обучению. Что касается их отношений с окружающим миром, то они проявляют мало активности. Их интерес к какой-либо деятельности быстро угасает. Они не могут долго заниматься одним видом деятельности, не преодолевают трудности. Чтобы продвигаться в своем развитии и становиться самостоятельнее в жизни, они нуждаются в интенсивной помощи. В этой связи важнейшим направлением деятельности педагога является побуждение детей с интеллектуальной недостаточностью к деятельности, а также их постоянное стимулирование. Благодаря педагогической поддержке эти дети должны поверить в свои собственные силы, способности, ощутить доверие к жизни.

Не вызывает сомнений факт зависимости степени доверия к жизни детей с интеллектуальной недостаточностью от характера отношений «я - ты». Человек с умственными ограничениями скорее откликнется, если воспитатель обратится к нему с любовью, заставит почувствовать близость, участие, тепло и надежность. О. Шпек так сформулировал эту мысль: «Общение возможно только тогда, когда ребенок сможет почувствовать по отношению к себе чуткость, участливость, отзывчивость, заботу, уют, когда он сможет ощутить радость жизни, осознать реальность этой возможности. Именно с общения начинается любое воспитание».

Обучение жизненным навыкам

Люди с интеллектуальной недостаточностью должны обучаться соответствующим умениям и навыкам во всех областях повседневной жизни. Только тогда они обретут относительную самостоятельность и некоторую независимость, смогут принимать участие в общественной жизни. Приобретение умений и навыков должно начинаться с обучения уходу за самим собой и заканчиваться обучением простой работе.

Обучение жизненной ориентации

Обучение жизненным навыкам тесно связано с приобретением необходимых для жизненной ориентации знаний. Люди с умственными ограничениями должны знать ближайшую и, насколько это возможно, отдаленную местность, принимать участие в жизни общества и быть в состоянии радоваться природе и общению с коллективом. Поэтому необходимо, чтобы они могли ориентироваться в окружающем мире.

Для педагогического процесса важно естественное усвоение, при котором на переднем плане стоят не теоретические знания, а практические действия. Рассматривание, исследование, испытание жизненных вещей в игровых и реальных ситуациях дает возможность детям с интеллектуальной недостаточностью получить определенные знания и опыт, открыть реальную действительность.

Обучение жизненному поведению

Обучение и воспитание любого человека, в том числе и с ограничениями, в конечном счете сводится к приобретению им определенных поведенческих реакций по отношению к окружающим людям и предметам. Люди с интеллектуальной недостаточностью очень сильно зависят от того, какой пример видят перед собой.

Приобретение поведенческих реакций во многом зависит от состояния чувственного опыта, от того, насколько тесные связи имеет воспитанник. Вступая во взаимоотношения с различными жизненными ситуациями (например, естественные и общественные явления, свои и чужие желания, своя и чужая собственность и др.), такие дети могут под влиянием воспитания с все большим успехом формировать определенные позиции и точки зрения (ценный опыт). Однако остается спорным вопрос, становятся ли люди с интеллектуальной недостаточностью в результате этого более разумнее, хотя такой факт не следует исключать изначально. Практика показывает, что целому ряду людей с умственными ограничениями удалось шагнуть дальше простых привычек и сформировать определенные поведенческие реакции и оценки.

Среди оценочных реакций, к формированию которых нужно стремиться при обучении и воспитании детей с интеллектуальной недостаточностью, можно назвать следующие:

- отношение к труду (уважение к работе и продуктам труда);
- отношение к другим людям (уважение к ним и к собственности другого человека, готовность помочь, поделиться и т.д.);
- отношение к предметам повседневной жизни (любовь к цветам и животным, бережное отношение к вещам, осторожность в обращении с незнакомыми и опасными предметами, экономное отношение к материалам и т.д.).

Названные целевые направления рассматриваются не изолированно, а только комплексно.

2.4. Нарушения зрения

Зузанне Рабэ (Германия)

Младенец с нормальным зрением уже вскоре после рождения начинает изучать мир с помощью глаз. Научные исследования доказывают, что уже на восьмой день ребенок пытается имитировать мимику своих родителей. Слепой младенец с умственным ограничением воспринимает шумы, запахи и тактильные раздражители, но не может увидеть, откуда приходят все эти впечатления. Поэтому для него практически невозможно установить взаимосвязь между услышанным и его источником. Слепые дети намного позже поднимают голову и учатся контролировать ее положение. Они меньше двигаются и по этой причине в меньшей степени соприкасаются с окружающей средой, у них нет достаточных возможностей воспринимать вещи в своем ближайшем окружении. Как следствие, образуется негативный замкнутый круг, что приводит к замедлению нормального моторного, сенсомоторного и в целом психического развития.

Оценка функциональных способностей зрения. Многие люди с множественными формами ограничения считаются слепыми. Они не реагируют на оптические раздражители, не хватают предметы. Тем не менее очень немногие из таких людей действительно слепые. Оценить их зрение можно только при помощи постоянного наблюдения за ними, поскольку медицинские исследования обычно не дают достаточной информации. Зрительные возможности зависят не только от остроты и поля зрения, но и от множества других факторов. На них влияет физическое и психическое состояние ребенка. Например, в окружении, где ребенок чувствует себя комфортно, он «видит лучше». Стоит отметить, что неправильное положение тела, проблемы с дыханием, пищеварением и др., возможно, снижают интерес к визуальной информации, а также к развивающим мероприятиям.

Заинтересованное отношение всех, кто окружает ребенка, имеющего нарушения зрения, помогает лучше оценить его зрительный потенциал.

При этом основной акцент делается не на том, насколько видит ребенок, а на возможности осуществить развивающие мероприятия.

За чем нужно наблюдать:

- как ребенок воспринимает свое окружение?
- какие из органов чувств он использует?
- может ли он использовать информацию?
- на какие раздражители он реагирует?
- осуществляет ли он активные действия?

В любой ситуации необходимо рассматривать несколько вариантов, например, если ребенок не берет предмет, то это может быть вызвано недостаточной остротой зрения, может означать, что у него не хватает двигательных навыков и способностей, а также это может быть следствием недостаточного доверия к людям, которые с ним работают, или отсутствия мотивации.

Чем больше мы знаем о ребенке, тем лучше можем оценить его зрение и возможности его применения. На этом строятся план и режим обучения, выбор дидактических материалов и технического оснащения.

2.5. Детский аутизм (синдром Каннера) Зузанне Рабэ (Германия)

Понятие «аутизм» было введено швейцарским педиатром Евгеном Блейлером (Eugen Bleuler) в 1911 г. С помощью данного термина он описывал основной синдром шизофрении и характеризовал поведение страдающих этим заболеванием людей, при котором больные полностью погружаются в свой образный мир, не в состоянии поддерживать нормальный контакт с другими людьми, находятся под влиянием своих мечтаний и фантастических образов, возникающих в их сознании. Эти люди полностью обращены в себя и практически не поддерживают связь с окружающим их миром.

Используя это определение, американский детский психолог Лео Каннер (Leo Kanner) в 1943 г. и австрийский педиатр Ханс Аспергер (Hans Asperger) в 1944 г. почти одновременно описали картину болезни детей, имеющих аутичные нарушения. Несмотря на то что синдром аутизма не совпадал с описанной Блейлером картиной заболевания, термин «аутизм» занял свое место в медицине.

Л. Каннер в своей работе «Аутичные нарушения аффективных контактов» (Autistic Disturbances of Affective Contact) описал 11 детей с похожими особенностями. До настоящего времени эти категории считаются классическими при описании раннего аутизма (по классификации ДСМ 4 (DSM IV*)), или синдрома Каннера, а также аутичного расстройства (по классификации МКБ 10 (ICD 10**)).

Приведем диагностические особенности или критерии раннего аутизма по классификациям МКБ 10 и ДСМ 4 (выборочно и сокращенно).

МКБ 10	ДСМ 4
<p>1. Качественные нарушения межличностного социального взаимодействия (например, неадекватная оценка социальных и эмоциональных сигналов, использование социальных сигналов не в полной мере)</p> <p>2. Качественное нарушение коммуникации (например, неиспользование речевых способностей в социальной сфере, недостаток эмоционального резонанса при попытке установить вербальный или невербальный контакт со стороны других лиц, изменение мелодики речи)</p> <p>3. Ограниченные интересы и стереотипные поведенческие реакции (например, заторможенность и рутинность в повседневной активности, неприятие изменений любого рода)</p> <p>4. Проблемы специфического характера, такие как страхи, фобии. Нарушения сна и аппетита, приступы ярости, агрессии, нанесение вреда самому себе</p> <p>5. Проявление нарушений до 3-го года жизни</p>	<p>1. Качественное нарушение социальной интеракции (например, при невербальном общении, таком как зрительный контакт и т.п., нарушение отношений со сверстниками, нарушения в выражении чувств)</p> <p>2. Качественное нарушение коммуникации (например, замедленное развитие речи, стереотипное или повторяемое использование речевых оборотов, отсутствие соответствующих развитию ролевых или имитационных игр)</p> <p>3. Ограниченные повторяемые или стереотипные поведенческие реакции, интересы и действия</p> <p>4. Начинающееся до 3-го года жизни замедленное или неадекватное развитие функциональных способностей</p>

Описанные критерии, принятые в интернациональных системах классификации, берутся за основу при диагностировании аутичного нарушения.

Позднее Л. Каннер уменьшил количество симптомов до двух по сравнению со своими ранними заключениями:

- неприятие изменений повторяемых ежедневно рутинных действий;
- крайняя социальная изолированность, которая начинается в течение первых трех лет жизни.

Сегодня к этому добавляются еще и

- особенности речи.

Детский аутизм понимается как наступающее в раннем возрасте нарушение развития. Это нарушение приводит к качественному и количественному расстройству способностей к социальной интеракции и коммуникации.

* DSM IV – (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Диагностический и статистический справочник психических расстройств, 4-е изд.

** ICD 10 – (International Classification of Diseases and Related Health Problems) Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-е изд. (МКБ 10).

Наряду с отсутствующей или нарушенной, по большей части очень своеобразной, способностью к коммуникации также очень заметны навязчивые стереотипные и постоянно повторяющиеся поведенческие образы, а также очень ограниченный набор действий и интересов. Зачастую интерес ребенка может чрезмерно фиксироваться на каком-либо определенном объекте. При диагностировании аутизма необходимо обращать внимание на наличие описанных симптомов во всех областях жизнедеятельности ребенка. Степень выраженности нарушений может также варьироваться.

Сегодня предложенное Л. Каннером описание болезни обозначается как ранний детский аутизм, или синдром Каннера. Это нарушение развития обычно проявляется на протяжении первых трех лет жизни, и в большинстве случаев подразумевается, что речь идет об «аутизме» в общем.

В середине 40-х гг. австрийский педиатр Ханс Аспергер зафиксировал более легкую форму аутизма, при которой менее нарушена речь, так называемый синдром Аспергера. Наряду с этими формами имеются еще несколько более серьезных нарушений с аутистическими чертами: нетипичный аутизм и синдром Ретта.

Сегодняшний уровень развития науки позволяет утверждать, что синдром Каннера является врожденным и поэтому нарушение развития ребенка происходит уже на самых ранних этапах жизни. С нейробиологической точки зрения, это органическое нарушение работы мозга в обязательном порядке должно повлечь за собой изменение в развитии, которое невозможно полностью нормализовать. Поэтому аутичные люди другие, они думают по-другому, чувствуют по-другому и ведут себя по-другому. Для таких людей существует только незначительная видимая часть мира, а свойственные им своеобразные и необъяснимые поведенческие реакции связаны с иной структурой их мозга.

Говоря о частоте аутичных нарушений, следует исходить из того, что 5 человек из 10 000 страдают этим нарушением. На основе этих статистических данных можно предположить, что если население Федеральной земли Бранденбург составляет 2,5 млн., то там проживает примерно 1250 человек, страдающих аутизмом. Предполагается, что среди них около 310 детей и подростков младше 18 лет. При этом, как свидетельствует интернациональная статистика, примерно 80% аутистов страдают также различными видами умственных и психических расстройств.

Согласно исследованиям Кристофера Гилберга (Christopher Gilberg), при более тщательном медицинском обследовании выявляются и другие заболевания, которые часто сопутствуют аутизму:

- Аутизм + нарушение умственного развития (80%)
- Аутизм + эпилепсия (30%)
- Аутизм + нарушение функций мозга (20%)
- Аутизм + нарушение зрения (20%)
- Аутизм + синдром Тауретта (?)

Кроме того, аутизм часто сочетается с такими заболеваниями, как синдром Ретта, синдром Мобиуса Хеллера, туберозный склероз и фенилкетонурия.

Аутизм необходимо стараться диагностировать как можно раньше, чтобы как можно раньше приступить к коррекционным мероприятиям. К сожалению, существует не так много врачей, которые могут или имеют желание поставить такой диагноз. Германн Кордес (Hermann Cordes, 2000) во время выполнения исследовательского проекта в г. Бремен выявил следующее:

- 42% родителей заметили некоторые нарушения развития на 1-м году жизни ребенка; 34% - на 2-м году жизни и 24% родителей заметили нарушения позже. Диагноз «аутизм» был поставлен только 2% детей на 1-м году жизни, 13% - на 2-м и 85% - позже. Из них 50% детей был поставлен диагноз «аутизм» в 5-летнем возрасте;
- медицинская диагностика проводилась в среднем спустя 3 года после наблюдений родителей. Только 13% больных детей диагноз был поставлен детским врачом, 60% - психиатром или неврологом;
- 24% родителей должны были проконсультироваться у 10 или более специалистов, прежде чем их детям был поставлен правильный диагноз.

Аутистические нарушения относятся к самым тяжелым психическим нарушениям детского возраста. Нарушения вербальной и невербальной коммуникации, а также социального взаимодействия сохраняются в юности и взрослой жизни. (F. Poustka, S. Bolte, S. Feineis-Matthews, G. Schmotzer, Ф. Пустка, С. Бельте, С. Файнайс-Метьюс, Г. Шметцер). Аутизм - это психиатрический, а не педагогический диагноз. Он диагностируется на основании наблюдений или описаний поведенческих реакций, которые должны проявляться в определенном количестве и комбинациях. Эти поведенческие реакции определяются как симптомы на основании опросов и наблюдений. Согласно исследованиям при аутизме мы обычно наблюдаем следующую картину.

А. К третьему году жизни проявляется заметное нарушение развития как минимум в одной из следующих областей:

- 1) рецептивный или экспрессивный язык, такой, который используется в социальной коммуникации;
- 2) развитие избирательной социальной направленности или социального взаимодействия;
- 3) функциональные или символические игры.

Б. В целом должно быть представлено как минимум 6 симптомов к перечисленным пунктам (1, 2 и 3), из них:

- *качественное нарушение социального взаимодействия по меньшей мере в трех следующих областях:*
 - а) неспособность использовать зрительный контакт, мимику, осанку и жестикуляцию для регулирования социального взаимодействия;

б) неспособность вступать в отношения с ровесниками, находить общие интересы, действия и чувства (соответствующим возрасту образом вопреки достаточным возможностям);

в) недостаток социально-эмоциональной взаимности, которая выражается в обедненной или девиантной реакции на эмоции других людей, недостаточной модуляции поведения в соответствии с социальным контекстом, неустойчивой интеграции социального, эмоционального и коммуникативного поведения;

г) неспособность стихийно делиться радостью, интересами или деятельностью с другими (например, неумение показать, принести или объяснить другому человеку вещи, которые важны для ребенка);

• *качественное нарушение коммуникации как минимум в одной из следующих областей:*

а) недоразвитие или полное нарушение устной речи, которое не сопровождается попыткой компенсации с помощью жестикюляции или мимики как альтернативы коммуникации (часто предшествует отсутствие коммуникативно направленного бормотания);

б) относительная неспособность начинать или поддерживать (на соответствующем языковом уровне) контакт, при котором осуществляется взаимный коммуникативный обмен с другими людьми;

в) стереотипное и повторное употребление слов и фраз;

г) недостаток различных спонтанных игр или социальных игр подражания (особенно у маленьких детей);

• *ограниченные интересы, стереотипная манера поведения как минимум в одной из следующих областей:*

а) обширное увлечение обычно несколькими стереотипными и ограниченными интересами, которые отклоняются от нормы в содержании. При этом речь может идти об одном или нескольких интересах необычной интенсивности и ограниченности;

б) очевидная навязчивая привязанность к специфическим, нефункциональным действиям и ритуалам;

в) стереотипные моторные манипуляции рукой или пальцами, сгибание или комплексные движения всего тела

г) преобладающее занятие частями или нефункциональными элементами игрового материала (например, их запахом, свойством поверхностей или производимым ими шумом, вибрацией).

Проявления и интенсивность аутизма значительно варьируются. Таким образом, ни один аутичный ребенок не похож на другого. Тем не менее, конечно, имеются повторяющиеся особенности, которые одновременно обозначают границы диагностических критериев.

Благодаря использованию образных методов исследования (Н. Remschmidt, F. Poustka, B. Blanz, X. Ремшмидт, Ф. Пустка, Б. Бланц), ста-

новится очевидным, что у аутичных людей имеются следующие функциональные нарушения:

- нарушение центральной когерентности, т.е. обработка информации происходит фрагментарно, имеет место ориентация на детали, существуют трудности учета смысла и контекста;
- нарушение исполнительных функций, т.е. трудности в решении проблем, в целенаправленном и ориентированном на проблему процессе планирования, в перестройке с одного пути решения на другой;
- церебральные нарушения, т.е. неудовлетворительное распознавание эффектов, проблемы различия эмоций, чувств, узнавания лиц.

Многие аутичные люди молчат вообще или говорят с трудом. Новые результаты исследований показывают, что у них нарушения речевых функций и коммуникации имеют комплексный характер. Люди с синдромом Каннера совсем не могут разговаривать, они не в состоянии выразить словами свои внутренние переживания, поэтому многие аспекты их жизни остаются неясными. При этом следует отметить, что правильное использование вспомогательных средств коммуникации, таких как жесты, простые символы, изображения или фотографии может привести к успеху. Понимание речи аутистами также очень затруднено, в двусмысленных ситуациях у них может проявляться агрессия как по отношению к себе, так и к окружающим.

Аутичные люди сильно уединены эмоционально и социально, редко вступают в зрительный контакт, редко делятся с другими своими чувствами, неспособны принимать перспективу других. В целом они гораздо реже идут на контакт и это, в зависимости от диагноза, часто проявляется уже с раннего детства (например, отсутствие «социальной улыбки» у грудного ребенка). В их отношениях сложно определить эмоциональные связи. Кажется, что эти люди «вращаются» вокруг себя и в значительной степени им достаточно самих себя. Все остальные воспринимаются ими, прежде всего, как инструменты для удовлетворения своих потребностей. Типично: аутичный человек не «заботится» о других - ему достаточно самого себя.

Едва ли возможно оценить возможности их памяти и мышления. Их понимание задания привязано в большинстве случаев только к конкретным, известным им ситуациям. Комплексных инструкций такие люди не понимают совсем и, следовательно, не могут их выполнять. Все, что делает аутичный человек, краткосрочно. Положительные и отрицательные усилители помогают занять его на короткое время. Если он чувствует себя перегруженным, то реагирует в большинстве случаев самоагрессивно или агрессивно (например, бьется головой о стену, нападает на персонал, кусается).

Другими распространенными симптомами являются повышенная реакция на сенсорные раздражители, большая раздражительность ко всякого рода изменениям. Аутичные люди настолько сильно ущемлены в сво-

ем восприятию, что раздражение буквально переполняет их, а это может приводить к самоагрессии, агрессии, направленной на окружающих, или к деструктивным формам поведения. Опыт показывает, что малейшее нарушение привычного режима дня (например, телефонный звонок) может вызывать такое поведение. При этом аутичные люди совершенно неспособны ориентироваться в окружающем мире, непредсказуемы, не могут распознавать опасность.

Аутичные люди имеют повышенную предрасположенность к необычному поведению. Следует упомянуть иногда довольно интенсивное агрессивное поведение, направленное как на себя, так и на окружающих. Другими часто встречающимися нарушениями поведения являются: навязчивые действия, различные причуды, гиперактивность или моторное беспокойство, низкая концентрация внимания, страхи, нарушения приема пищи, сильные расстройства сна.

Вышеназванные особенности аутичных людей часто ведут к ложным толкованиям социальных и коммуникативных сигналов, идущих от них и к ним, что в значительной степени влияет на характер их социальных взаимодействий.

Принимая во внимание картину болезни и следующих из этого нарушений поведения, необходимо учитывать, что такие люди всю жизнь будут нуждаться в поддержке во всех сферах жизни, а также в индивидуальном сопровождении. Улучшения возможны, но требуют много времени, все действия сопровождающих ребенка взрослых должны быть четко определены, согласованы и совершаться по принципу «лучше меньше, да лучше».

3. КОМПЛЕКСНЫЙ ХАРАКТЕР ЛЕЧЕБНОЙ И ПСИХОЛОГО–ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОСОБЕННОСТЯМИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

3.1. Аспекты комплексной лечебной и психолого–педагогической помощи

Комплексная лечебная и психолого-педагогическая помощь включает в себя следующие аспекты:

- уход;
- воспитание;
- содействие;
- консультирование.

Эти четыре раздела образуют основную базу взаимодействия с детьми с особенностями психофизического развития в различных сферах жизнедеятельности (проживание, работа, школа, досуг и др.).

Уход. Рассматривая это понятие, будем ориентироваться на Лилиане Юхли (Liliane Juchli, 1991), где при описании данной категории говорится о процессе построения отношений. Исходя из этой трактовки, «уход» включает широкий круг задач и может быть описан следующим образом.

- *Уход – это забота о самом себе.* Человек, осуществляющий уход, несет ответственность не только за клиента, но и за себя. Он сможет осуществлять качественный уход лишь в том случае, если сам ведет здоровый образ жизни. Это касается, в первую очередь, таких аспектов жизнедеятельности, как питание, движение, отдых, работа, душевное и физическое расслабление, предотвращение заражений инфекциями, подходящие световые и шумовые условия, общение и др.
- *Уход – это забота о других.* Человек, осуществляющий уход, содействует здоровому образу жизни клиентов, поддерживает их здоровье.

Это касается, в первую очередь, таких аспектов, как помощь при приеме пищи, передвижении, проведении гигиенических процедур, организации досуга, обеспечении регулярного медицинского контроля, контроля безопасности рабочих мест и др.

- *Уход – это забота о благоприятных условиях жизнедеятельности.* Человек, осуществляющий уход, обеспечивает клиентам адекватные для жизни и определенной занятости условия, поддерживает факторы здоровья и стремится исключить факторы, ему угрожающие. Он несет ответственность за определенные аспекты жизнедеятельности клиентов: за условия их проживания (освещение, проветривание, температурный режим), возможность совершать гигиенические процедуры, прогулки, возможность уединяться и т.п.
- *Уход – это забота о духовном здоровье клиентов.* Речь идет об определенной духовной поддержке, о доверительных отношениях с клиентом, умении выслушать, успокоить, создать ситуации, обеспечивающие чувство уверенности, защищенности, эмоционального комфорта.

Расматривая понятие «уход» в более широком смысле, можно выделить две основные стороны. *Человек – целостное существо*, что означает следующее: если повреждена одна часть, то это оказывает влияние на весь организм. Не только желудок испытывает голод, но и человек. Поэтому уход предполагает не просто выполнение отдельных процедур, а помощь конкретному человеку. *Человек – это единственная в своем роде, неповторимая личность* и она достойна уважения, ее честь неприкасаема. Клиент – такой же человек, как любой из нас, и заслуживает уважения. Реализация данных идей исключает невнимательное отношение к клиентам, требует обязательного их информирования (если они в состоянии это осознавать) о всех мероприятиях по уходу. При этом потребности клиентов должны быть поняты, желания услышаны и, насколько это возможно, приняты во внимание. Личность клиента неповторима, она единственная в своем роде. Психологи в таком случае говорят об индивидууме (от латин. «единственное существо»). Человек, осуществляющий уход, не пытается формировать эту личность согласно своим представлениям, а старается признать ее индивидуальность.

Таким образом, при определении понятия «уход» в центре внимания оказалась категория «забота», т.е. уход понимается как забота о сохранении и поддержании жизненных функций человека (клиента) во всех сферах повседневной жизни и предполагает:

- наблюдение за физическим и душевным состоянием, оценку уровня его соответствия определенным нормам;
- поддержание уровня физического и душевного состояния посредством оздоровительных процедур;

- работу над развитием и закреплением навыков здорового образа жизни;
- ослабление или устранение проблем физического или душевного характера.

Воспитание. Помощь человеку, влияние на него необходимы для того, чтобы возможности, которые даны человеку от рождения, использовать в полном объеме. Тем не менее, широко распространенный подход, когда любое формирующее взаимодействие рассматривается как воспитание, приносит мало пользы. Различают воспитание в узком и широком смысле этого слова.

- Под *воспитанием в широком смысле* понимается любое влияние на человека в процессе его интеграции в общество (в том числе и неосознанное влияние, которое имеет место при воздействии окружающей среды, непосредственном контакте между людьми и т.п.).
- Под *воспитанием в узком смысле* понимается сознательное влияние на социальное поведение, отношения, ценностные и жизненные установки человека.

Существует много определений понятия «воспитание», при этом в них делаются разные акценты, но единого определения данного явления не существует. Мы исходим из позиции, что воспитание – это многоуровневый и не в каждом случае поддающийся объективации процесс, в котором можно все-таки выделить некоторые устойчивые моменты:

- в большинстве случаев воспитание понимается как намеренное, целенаправленное действие;
- воспитание нацелено на изменение другого человека;
- воспитание, несмотря на то что это намеренный и запланированный процесс, имеет опытный характер;
- воспитание осуществляется на благо человека;
- в центре воспитания всегда стоит диалогический процесс.

Содействие. Существует тесная взаимосвязь между понятиями «воспитание» и «содействие». Речь идет о двух сторонах педагогического процесса, в котором рассматриваются:

- взаимодействие управления и ответственности;
- постоянное взаимодействие между воспитателем и воспитуемым и воспитание на благо человека.

В практике работы с детьми с особенностями психофизического развития часто нельзя разделить эти две стороны. В области воспитания речь идет о влиянии на социальное поведение, ценностные и жизненные установки. В области содействия на первый план выходят процессы передачи и освоения знаний и умений, развития способностей, формирования мыслительных моделей. Возможности содействия существенно зависят от вида и способа передачи знаний, а также от личности обучающего.

В основном содействие основывается на анализе внутренних и внешних предпосылок учения, соответствующих формулировках учебных целей и последующем дифференцированном планировании его этапов.

К внутренним предпосылкам учения относятся:

- мотивация;
- моторные и физические предпосылки (физическое здоровье);
- психическое самочувствие (воля, готовность к преодолению трудностей, концентрация, эмоции);
- социальное поведение;
- духовное развитие;
- имеющийся жизненный опыт.

К внешним предпосылкам учения относятся:

- внешние стимулы обучения (побуждения со стороны других лиц, ожидания педагогов, руководителей или родителей, инициативы средств массовой информации);
- социальные отношения (статус в группе, характер межличностных отношений, характер реакций на взаимодействие);
- пространственные и временные отношения (оснащение помещений, режим обучения, учебные и обучающие материалы);
- организация урока (целенаправленность, методика, контроль успеваемости).

Идея содействия детям с особенностями психофизического развития основывается на понимании того факта, что ограничения - это не статическая, а изменяемая величина, люди меняются при взаимодействии с окружающим миром. В этой связи процесс содействия предполагает тщательный, дифференцированный анализ внутренних и внешних предпосылок учения и учет его результатов в планировании всех видов работы с детьми.

Консультирование. Определяя понятие «консультирование», мы за основу берем идею о том, что консультант выдает не просто готовое решение, а вырабатывает его совместно с клиентом. В такой ситуации и консультант, и клиент находятся практически на одном уровне. Решающим в консультировании является добровольный характер обращения. Совет либо рекомендуемый вариант поведения нужно понимать только как *предложение*, которое можно либо принять, либо отклонить и это не повлечет за собой никаких санкций (наказаний).

Проблемы, которые в определенных обстоятельствах требуют консультирования, могут возникать у детей с особенностями психофизического развития в следующих сферах:

- домашний бюджет и домашнее хозяйство;
- обращение с деньгами;
- досуг;
- партнерство;
- межличностные отношения;
- забота о здоровье и профилактика заболеваний.

Различают три основных *вида консультирования*:

- консультирование как помощь в принятии решений (одежда, оформление помещения, организация досуга и т.д.);
- консультирование как помощь в решении конфликтов (споры, неадекватные реакции на ситуацию);
- консультирование как путь к открытости, принятию и интеграции (в случаях отторжения, негативного отношения к новоприбывшему члену группы и т.д.).

Таким образом, консультирование имеет место тогда, когда люди не могут сами ориентироваться в ситуации и самостоятельно планировать, принимать решения либо действовать из-за отсутствия или ограниченности собственного опыта. Они добровольно обращаются за помощью и поддержкой к компетентным специалистам.

3.2. Основные задачи комплексной лечебной и психолого–педагогической помощи

Организуя работу с детьми с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития, мы должны исходить из того, что они имеют много ограничений. Развитие таких детей практически во всех областях затруднено. Они имеют выраженные ограничения в следующих сферах:

- все виды чувственного восприятия;
- движение (моторика);
- речь;
- мышление;
- мотивация;
- Я-концепция;
- социальная интеракция.

Рассматривая процесс развития перечисленных сфер психики и личности в целом в рамках онтогенеза, мы понимаем, что все эти процессы тесно взаимосвязаны. Развитие восприятия зависит от состояния моторики. Состояние восприятия и моторики в свою очередь влияет на развитие речи. Без развития речи были бы сильно затруднены мыслительные процессы и т.д. Данные взаимосвязи обязательно учитываются в педагогическом процессе. Это позволяет избегать односторонней ориентации в работе, т.е. исключать ситуации развития только отдельных функций без учета личности ребенка в целом.

В этой связи перед учителями и воспитателями встает необходимость обеспечить комплексный характер взаимодействия с детьми. Принципиальные положения данной работы были сформулированы Хайнцем Бахом (Heinz Bach), которые он обозначил как основные задачи комплексного влияния.

1. *Раскрытие смысла вместо простого развития функций.* Здесь речь идет о том, что не нужно просто лечить, учить либо воспитывать доверенных нам детей, необходимо всем видам деятельности придавать смысл. Важно, чтобы дети знали, почему они это делают, и зачем они это делают, т.е. речь идет об осознанном обучении, а не о простом подражании. Даже если такое обучение затруднено, педагоги все равно не должны довольствоваться механической тренировкой.

«Раскрытие собственных горизонтов, надежда, стремление к обещанному, ощущение и знание, почему человек живет и просыпается каждое утро, открывают перед людьми с тяжелыми ограничениями жизнедеятельности возможность достойной жизни. Такая жизнь превращает их в нечто большее, чем простая сумма функций или агрегат для реализации навыков и поведенческих моделей» (Х.Бах)

2. *Интеграция вместо изоляции.* Дети с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития должны вести жизнь внутри общества, а не вне его. Для них необходимо создать самые разнообразные возможности контактов и взаимодействий. Воспитательная задача здесь заключается, с одной стороны, в том, чтобы постепенно, при помощи дифференцированного подхода научить их завязывать и поддерживать отношения с другими людьми, с другой, - в обеспечении постепенной интеграции таких детей в окружающую среду.

3. *Комплексный характер помощи вместо односторонних мер.* Раньше считали, что большинство детей с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития поддаются обучению только отдельным практическим видам деятельности. В настоящее время все больше признается идея недостаточности одного практического обучения. К обучению практическим действиям необходимо добавить развитие эмоциональных и социальных потребностей, «речи, креативности, фантазии» (Х. Бах). Как говорил Ёханн Генрих Песталоцци (Johann Heinrich Pestalozzi), который обозначил эту идею применительно к общему образованию, нужно «воспитывать голову, сердце и руку». Только такой комплексный характер помощи будет обеспечивать рассматриваемой категории детей определенное качество жизни.

4. *Развитие когнитивности вместо простого практического обучения.* «Издавна имеет место определенный пессимизм в отношении к когнитивному развитию людей с интеллектуальной недостаточностью, исключая односторонние попытки развития специальных функций, таких как чтение и письмо. С течением времени все яснее становится важность когнитивной области для развития речевых, практических, моторных, социальных, эмоциональных и креативных функций, а также функций восприятия. Поэтому, чем более дифференцированно и успешно разрабатываются методы когнитивного развития, тем большую важность получает задача когнитивного развития людей с интеллектуальной недостаточностью. В

данном случае когнитивное развитие имеет смысл только тогда, когда оно направлено на практические действия и обеспечение конкретных бытовых способностей, т.е. когнитивное развитие без практического воспитания является бесперспективным занятием» (Х. Бах).

5. *Развитие отношений вместо простой заботы.* Все мы знаем, насколько важны тесные отношения для чувства удовлетворенности жизнью. Это же касается и доверенных нам людей. Часто они вынуждены ощущать на себе недостаток участия и, как следствие, проявляют наибольшую чувствительность к позитивным отношениям. Пережитые разочарования по поводу разрыва отношений, имеющиеся трудности в установлении интеракции являются препятствием для появления устойчивых взаимодействий. Однако не стоит сдаваться раньше времени, доверенные нам люди должны постоянно втягиваться в отношения с другими людьми. Сюда относится также установление отношений с противоположным полом. Простая забота означает ограничение отношений. Данное ограничение может происходить по причине, например, страха столкнуться с разочарованием или негативными последствиями дружбы или партнерства.

6. *Развитие самостоятельности вместо простой опеки.* Необходимо постоянно побуждать детей с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития к определенной самостоятельности. Их жизнь не должна постоянно управляться другими, в определенных рамках они могут пытаться определять ее самостоятельно. При развитии данных способностей зачастую применяются не все возможности. Иногда мы просто недостаточно доверяем людям, думаем, действуем, принимаем решения за них, вместо того, чтобы стимулировать их собственную активность и самостоятельность. Даже в ограниченных рамках всегда возможны какие-либо новые шаги. «В процессе активных воспитательных усилий выясняется, в какой степени возрастает ответственность и самостоятельность, критичность и самобытность, если эти качества раскрываются, развиваются, стимулируются и в разумной степени испытываются» (Х. Бах).

7. *Системный подход вместо концентрации над содержанием ограничения.* Это требование указывает на то, что обучение и воспитание детей с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития должно представлять собой нечто большее, чем простое принятие во внимание их ограничений. Доверенный нам человек – это в первую очередь равноправный оппонент, нежели представитель категории «ограниченных». Трудности, с которыми он сталкивается в течение жизни, являются следствием не только его личных ограничений, но и других факторов внутри социальной системы. Системный подход означает учет всех факторов системы. При этом речь идет не о том, чтобы научить развиваться и изменяться доверенных нам людей, а о развитии и изменении всей системы, частью которой являются такие педагоги и весь персонал учреждения образования. Это подразумевает то, что изменяемся и мы как сотрудники!

3.3. Принцип единства лечебных и психолого-педагогических действий

В основном мы исходим из того, что какое-либо расстройство оказывает прямое или косвенное влияние на некоторые области способностей. При этом нас в меньшей мере интересует медицинский аспект, а в большей – различные ограничения, которые ежедневно испытывает ребенок. Принимая во внимание объем и комплексность ограничений, возникающих у доверенных нам людей, в процессе их воспитания мы должны учитывать различные психические факторы. Речь идет о том, что воспитание и помощь детям с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития должны подчиняться принципу единства.

Данный принцип подразумевает:

- недопустимость одностороннего обучения каким-либо функциям или односторонней тренировки одиночных действий (например, прогулка может принести различную пользу: удовлетворение индивидуальных потребностей, пробуждение эмоций, стимулирование восприятия, тренировка языковых навыков, предоставление наглядных и образных сравнений и, наконец, изучение коммуникативных возможностей);
- необходимость расставлять акценты, чтобы воспитанники не подвергались слишком большим нагрузкам;
- создание естественных стимулов обучения.

Реализация принципа единства лечебных и психолого-педагогических действий в процессе гигиенического ухода за ребенком с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития предполагает, что на переднем плане стоит не только проведение гигиенических процедур, но и помощь в таких областях, как:

- восприятие: изучение собственного тела при помощи осязания, обоняния, слуха;
- моторика: стимулирование пассивных движений, инициирование и поддержка малейших попыток двигаться самостоятельно;
- речь: все действия сопровождаются словесными комментариями, организуется обмен информацией о возможных ощущениях, чувствах;
- мышление: анализ, синтез, сравнение ощущений, воспринимаемых образов;
- социальное поведение: непосредственное внимание, поддерживающие мероприятия, создание доверчивой атмосферы, учет антипатий и т.п.

4. КОММУНИКАЦИЯ И РАЗВИТИЕ КОММУНИКАТИВНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ И (ИЛИ) МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

4.1. Понятие о коммуникации

Понятие «коммуникация» используется во многих дисциплинах. Есть источники, где любая реакция организма обозначается как коммуникация. Мы придерживаемся мнения А. Фрелиха (А. Frohlich), который причисляет к коммуникации область социального взаимодействия (интеракцию). Он обозначает коммуникацию как двустороннее общение индивидуумов, в основе которого лежит передача значимых сигналов. При этом вид используемых символов играет столь же малую роль, как и то, понимает ли собеседник выражаемые мысли. Это общее определение делает возможным причислять к средствам коммуникации вербальные, звуковые, а также незвуковые средства. При этом всегда нужно принимать во внимание то, что вид и содержание знаков могут модифицироваться.

Речь является основным средством коммуникации между людьми, однако изначальными и более однозначными являются невербальные составные части коммуникации. Х. Севенинг (H. Sevening) утверждает следующее: «Любая коммуникация имеет содержательный и относительный аспект». То есть значение имеет не только то, что говорится, но и то, каким образом и способом это выражается (мимика, жестикуляция, язык тела, тональность). Невербальная коммуникация, сопровождая вербальную коммуникацию, характеризует личностное отношение участников к процессу общения и является выражением индивидуальности говорящих.

Принимая во внимание то, что любое, даже непреднамеренное поведение независимо от использования речи имеет информативный характер, и наоборот, поведение субъекта воспринимается другими людьми сквозь

призму их субъективных ощущений, Пауль Ватцлавик (Paul Watzlawick) сформулировал метакоммуникативную аксиому о том, что коммуникация в принципе всегда предполагает обмен информацией.

4.2. Особенности коммуникации детей с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития

Дети с церебральным нарушением двигательных функций часто имеют более или менее тяжелые нарушения артикуляции вплоть до анартрии. Их доречевое развитие часто уже в значительной степени нарушено. Этим детям, как правило, недоступен (например, из-за спазмов) опыт, который получает нормально развивающийся ребенок на первых этапах своей жизни, когда берет в рот любые предметы. По этой причине у них остается неразвитым тактильно-кинестетическое восприятие органов артикуляции, являющееся основополагающим для совершения речевых движений. Другая проблема - едва понятные или вообще непонятные невербальные сигналы. Мимика, жесты, движения тела, которые для нас являются важными сигналами, у детей с церебральным нарушением двигательных функций не есть однозначное выражение их желаний и потребностей. Также следует иметь в виду нарушение восприятия, которое затрудняет или делает невозможным принятие сигналов окружающего мира.

Описанные проблемы негативно сказываются на коммуникации матери и ребенка. При этом у матери возникают собственные трудности. Она испытывает шок от рождения больного ребенка, не понимает его невербальные сигналы, которые не только слабы и невыразительны, но и нередко имеют отталкивающий характер. Все это не способствует развитию позитивных отношений между ними.

Отсутствие полноценного общения с матерью, частые и долгие пребывания в больнице (где его не понимают и не принимают) приводят к тому, что ребенок уже в раннем детстве имеет проблемы эмоционального характера. Он недоверчив, неуверен, чувствует себя как бы запертым в своем неполноценном теле. Следствием такого состояния может явиться агрессия, аутоагрессия, различные нарушения поведения, что в свою очередь снова отрицательно скажется на коммуникации. Х. Севенинг указывал, что именно эти дети очень зависят от доброго расположения и способности проявить участие со стороны партнера по коммуникации. Следует учитывать, что из-за нарушений двигательных функций и восприятия они не в состоянии самостоятельно приобретать жизненный опыт, не могут устанавливать взаимосвязи, а следовательно, вынуждены доверять тому, как их собеседники представляют им окружающий мир.

4.3. Уровни развития коммуникативного поведения детей с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития

Мы разделяем мнение о том, что одинаковых детей с самыми тяжелыми нарушениями развития не существует, каждый ребенок обладает своими собственными возможностями и у каждого есть свои особенные трудности. Однако для ориентировки в проблемах коммуникации таких детей мы опираемся на данные Х. Севенинга, который разделил их на четыре группы (рис. 4.1).

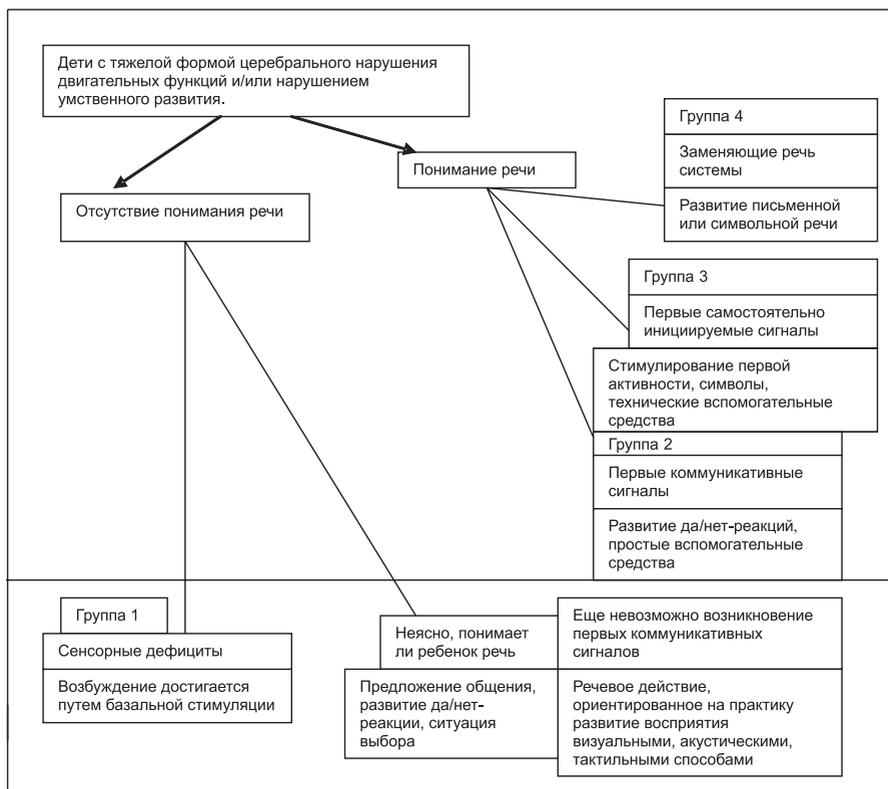


Рис. 4.1

Первая группа включает детей, которые имеют главным образом дефициты сенсорного развития. Их действия и реакции протекают преимущественно на вегетативной основе. Входящие в эту группу дети еще не

обладают видимым пониманием речи и поэтому не могут посылать собственные коммуникативные вербальные или невербальные сигналы.

Ко *второй группе* относятся дети, которые уже в состоянии понимать речь, проявляющие первые, хотя еще и не очень отчетливые коммуникативные реакции и пытающиеся продуцировать сигналы вербального или невербального характера. При этом окружающие их люди не всегда однозначно могут их понять. Коммуникативное взаимодействие воспринимается обеими сторонами еще как неудовлетворительное. Ребенок «вынужден» ограничиваться простыми ответами «да/нет» на вопросы предвосхищающего характера относительно возможных потребностей, желаний и чувств. Дети находятся на таком уровне развития, который позволяет им только реагировать на коммуникативные сигналы окружающего мира (но не самим посылать такие сигналы).

В *третью группу* включены дети, которые уже в состоянии частично посылать самостоятельно инициируемые сигналы, т.е. обращать на себя внимание, а не только реагировать. Исходя из своих возможностей, они также начинают выражать желания, пусть даже это пока только желание, чтобы взрослый находился рядом.

Четвертая группа - это дети, которые с целью компенсации нормальной речи в состоянии использовать речезаменяющие коммуникативные системы в виде комплексных форм коммуникации, включающих в себя не только реагирование, но и действие. Одной из важнейших проблем на этом этапе является готовность сенсорной системы, которая могла бы компенсировать двигательные нарушения и использовать технические средства коммуникации.

4.4. Поддерживающая коммуникация

Цель специализированной области AAC (Augmentative and Alternative Communication – дополняющая и альтернативная коммуникация) – улучшение коммуникативных возможностей людей, речь которых очень тяжело понять или у которых речь вообще отсутствует. В Германии данную область называют «коммуникация с опорой», или поддерживающая коммуникация. При этом имеют в виду людей, у которых недостаточно развита устная речь, и поэтому они нуждаются в дополнительной помощи (augmentative communication – дополняющая коммуникация), либо людей, у которых по различным причинам речь вообще отсутствует и, следовательно, они нуждаются в дополняющих формах коммуникации (alternative communication - альтернативная коммуникация).

При ежедневном общении с так называемыми «неговорящими» людьми у доверенных партнеров (родителей, педагогов, терапевтов и др.) возни-

кают ситуации, когда они становятся способны интерпретировать звуковые проявления, придуманные слова, жесты и мимику своих клиентов и таким образом понимать их потребности и желания. Данная коммуникация включает в себя только ограниченные темы типа: «Хочешь кушать?», «У тебя что-то болит?», «Что ты хочешь делать?» и т.д. Более сложные темы или темы, которые нельзя выразить, просто показывая на предметы, часто остаются нераскрытыми. Например, очень трудно понять молодого юношу с тяжелой формой физического ограничения, у которого отсутствует понятная устная речь, что он хочет сделать химическую завивку. Кому из нас придет мысль обсуждать прическу с молодым человеком с тяжелыми и (или) множественными ограничениями? Этот пример четко показывает, что такие люди также обладают желаниями и потребностями общаться на темы, которые часто остаются незатронутыми, и в результате они остаются неудовлетворенными.

С партнерами, к которым нет доверительного отношения, удовлетворяющая обе стороны коммуникация, как правило, невозможна.

Поддерживающая коммуникация используется людьми с очень различными формами ограничений. Соответственно Стивен фон Тетцхнер/Харальд Мартинсен (Stephen von Tetzchner/Harald Martinsen) различают 3 группы пользователей.

1. Люди, которые могут хорошо понимать речь, но у них нет достаточных возможностей (например, из-за церебрального паралича) для речевого выражения своих потребностей, мыслей и т.д. Таким людям в течение всей их жизни необходима система, заменяющая устную речь и дающая возможность общаться с окружающими (ААС выступает как экспрессивное средство коммуникации).

2. Люди, речь которых понятна только при наличии специальных дополнительных средств (например, при детском аутизме). Они могут в некоторой степени понятно изъясняться в знакомом для них окружении, в иных ситуациях необходима специальная система, позволяющая поддерживать их устную речь (ААС выступает как поддержка устной речи).

3. Люди, для которых устная речь как средство коммуникации слишком сложна (например, при тяжелых множественных нарушениях), и которые нуждаются в подходящей для них альтернативе. Данную группу необходимо обучить как пониманию речи, так и способности общаться (ААС выступает как замещающий язык).

Современная поддерживающая коммуникация использует все возможности, помогающие неговорящему человеку эффективно общаться и выражать свои мысли. У сторонников классической языковой терапии были сначала опасения, что использование средств, заменяющих или поддерживающих устную речь, может воспрепятствовать первоначальному (повторному) ее становлению. Однако они оказались необоснованными, в настоящее время существует множество аргументов в пользу того, что поддерживающая коммуникация оказывает положительное воздействие на развитие устной речи.

Какие есть средства поддерживающей коммуникации?

1. *Коммуникация при помощи предметов.* Эта форма подходит людям, находящимся на начальных этапах развития коммуникации, а также имеющим дополнительные нарушения зрения. В процессе взаимодействия используются реальные предметы из повседневной жизни: «пить – чашка», «слушать музыку – погремушка», «идти на прогулку – еловые шишки». Поскольку реальные предметы не всегда доступны и уместны, допускается использование их моделей (например, игрушечная посуда, машинки, куклы и прочие предметы).



– чашка», «слушать музыку – погремушка», «идти на прогулку – еловые шишки». Поскольку реальные предметы не всегда доступны и уместны, допускается использование их моделей (например, игрушечная посуда, машинки, куклы и прочие предметы).

Данная форма коммуникации дает человеку возможность с помощью реальных предметов получить представление о последовательности событий (видов деятельности) в течение дня и таким образом понимать что происходит, что его ожидает в ближайшее время, к чему необходимо готовиться.

2. *Коммуникация с помощью фотографий и изображений.* При данной форме коммуникации фотографируются реальные объекты из непосредственного окружения ребенка либо используются наборы картинок. Если речь идет об отображении действий, то необходимо, чтобы их символизировал предмет (кушать пирог – кусок пирога), а не сам человек,



изображенный в процессе выполнения действия (например, Саша кушает пирог). В последнем случае дети будут рассматривать изображения скорее как книжку с картинками и не станут использовать их для коммуникации. При использовании изображений может возникнуть проблема: картинка с изображением «моего портфеля (сумки)» ребенком не обобщается, если мы хотим использовать его как понятие «сумка».

3. *Коммуникация с помощью графических символов (пиктограмм).* Графические символы дают однозначное указание на предметы, действия и общие высказывания. Насколько подробными или, наоборот, абстрактными могут быть эти символы зависит от уровня развития ребенка.

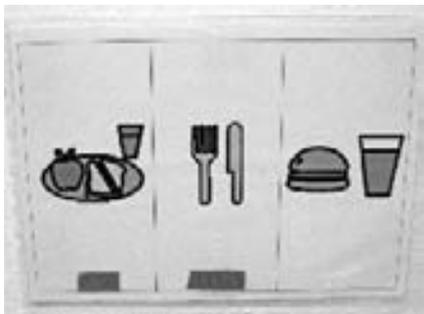


Существуют стандартизированные наборы символов, однако можно использовать и самостоятельно нарисованные символы. Обязательным условием является то, что они в последующем должны всегда изображаться в одном и том же виде. К стандартизированным системам относятся следующие.

- Система Леба (*Lob*) включает 60 символов из областей повседневного обихода. Символы очень однозначны и соответствуют определенной ситуации. Однако 60 символов очень мало для дифференцированной формы общения.
- Система Блисса (*Bliss*) - является графической системой, которая нашла широкое применение. Недостатком ее является то, что при довольно ограниченном общении детей между собой символы этой системы не очень легко идентифицировать. Тем не менее система предоставляет возможность выражать чувства и ее можно применять практически неограниченно.
- Американская система «Тач ен Ток» (*Touch'n Talk*). «Тач ен Ток» - довольно обширная система, с помощью которой также можно выражать чувства. Однако некоторые ее символы, обозначающие объекты, не всегда можно однозначно идентифицировать применительно к реалиям той или иной страны.

При работе с графическими символами следует выполнять следующие требования:

- по возможности придерживаться одного определенного набора символов;
- осуществлять выбор символов с учетом способности ребенка к восприятию данных изображений;
- набор символов должен располагать достаточным количеством изображений и способствовать развитию коммуникативных способностей ребенка.



Пиктограммы хорошо подходят для более понятного объяснения распорядка дня.

Пиктограммы могут быть объединены в коммуникативные таблички или книги в зависимости от уровня развития коммуникативных возможностей детей. При такой организации они всегда находятся в распоряжении пользователя и дают возможность к более сложной и содержательной коммуникации.

Пиктограммы, фотографии и картинки обладают тем преимуществом, что их можно использовать практически всегда и везде. Они должны быть прочными и водостойкими. Их можно размещать в определенных местах, где постоянно прибегают к помощи данных средств.





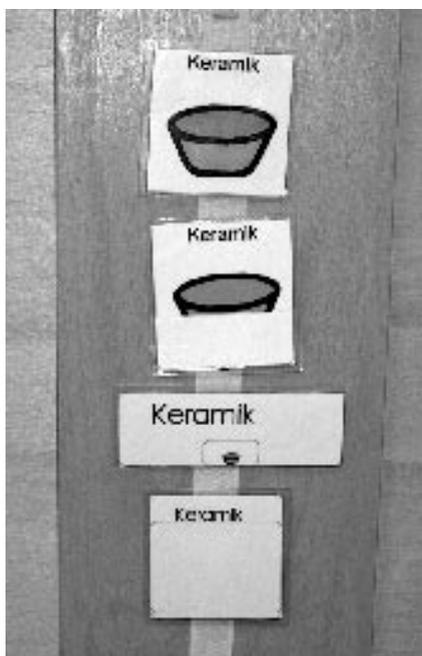
Построение коммуникационных табличек требует очень много времени. Применяться могут все системы в равной степени вместе с фотографиями (например, семьи). Решающим при выборе соответствующих символов являются желание ребенка и его потребности. Все символы должны сопровождаться речевыми комментариями,

чтобы обеспечить наиболее широкое применение. Структура коммуникационных табличек должна соответствовать структуре предложений. Сначала указываются лица, затем следуют глаголы, имена, прилагательные и местоимения. Работу следует начинать примерно с 30 знаками. Некоторые дети могут иметь до 120 символов. Решающим здесь являются возможный радиус деятельности ребенка и форма презентации. Ребенок может указывать рукой, глазами или даже называть символы.

Коммуникационные таблички можно разместить на столе и закрепить на стуле перед ребенком, они могут иметь также вид книги. Рядом должна находиться инструкция по пользованию, чтобы и незнакомые люди могли общаться с ребенком.

Символы должны всегда содержать письменное (буквенное) обозначение образа, отображенного с их помощью, чтобы партнеры по коммуникации, которые умеют читать, могли получить информацию о том, что конкретно подразумевается под данным символом. При переходе от символа к буквенному обозначению размеры изображения можно постепенно уменьшать до тех пор, пока не останется только буквенное обозначение.

Пиктограммы и фотографии обладают тем преимуществом, что их можно использовать практически всегда и везде. Они должны быть прочными и водостойкими. В особых случаях их можно разместить в определенных местах – там, где постоянно прибегают к их по-





Андреас хочет пить

мощи. Коммуникация с помощью символов требует особого внимания пользователей и их партнеров по взаимодействию, необходимо поддерживать активный зрительный контакт.

4. Коммуникация с помощью жестов. Жесты как инструмент коммуникации обладают тем преимуществом, что они в самом прямом смысле слова всегда «под рукой», пользователь может воспроизвести их в любом месте. Предпосылкой к овладению жестами является отсутствие физических ограничений, не позволяющих пользоваться руками в полном объеме. В современной практике широко применяются жесты глухих людей, поскольку они являются международными.

Однако эти жесты слишком трудны для человека с тяжелыми и (или) множественными нарушениями, поэтому для данной целевой группы имеются специально разработанные виды жестов.

Проблема применения специально разработанных жестов заключается в том, что только определенный круг лиц понимает их, и пользователь в этом случае ограничен определенным кругом партнеров по коммуникации. В этой связи в учреждениях образования рекомендуется вводить единую систему специально разработанных жестов, что позволяет определенным образом расширить и стабилизировать взаимодействие между клиентами и персоналом. Кроме этого, рекомендуется документировать жесты отдельных пользователей для того, чтобы сделать их понятными для сменяющегося персонала и особенно для родителей.

При внедрении жестов необходимо обращать внимание на то, что они должны охватывать все сферы жизнедеятельности человека, иначе его коммуникативные возможности будут ограничены только отдельными областями. Жесты нужно использовать регулярно и непосредственно при совершении действия, например, во время занятия или принятия пищи, собираясь на прогулку и т.д. Иногда, если способности к имитации у детей недостаточны, имеет смысл приучать их к совместным жестам (необходимый жест выполняется рукой педагога вместе с рукой ребенка (ведение руки ребенка)).

4.5. Диагностика коммуникативных способностей детей с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития

Предпосылкой для успешного применения поддерживающей коммуникации является качественная **начальная диагностика**, которая включает следующие блоки информации:

- какие моторные и когнитивные возможности (предпосылки) есть у человека?
- как общался человек до настоящего момента?
- насколько сильна у него заинтересованность в коммуникации?
- какие условия, влияющие на коммуникацию человека, существуют в его семье, школе?

Ниже приведены аспекты диагностики, которые можно использовать при более тщательном исследовании возможностей (предпосылок) для коммуникации.

Общие вопросы	Примечания / примеры
С кем контактирует данный человек?	
С кем он / она любит общаться в настоящее время?	
Как проходит коммуникация: один на один или в групповых ситуациях?	
Как он / она ведет себя с малознакомыми людьми?	
Какие ему / ей преимущественно задаются вопросы: предполагающие ответы «да» / «нет» или альтернативные?	
Как проходит коммуникация дома?	
Существует ли сильное расхождение между тем, что он / она понимает и тем, что он / она может выразить?	
В каких ситуациях существуют самые большие проблемы в коммуникации?	
С кем?	
Может ли он / она в не совсем понятных ситуациях прибегать к альтернативным формам коммуникации?	
Как реагирует он / она в ситуации недоразумения?	

Более детальная диагностика коммуникативных возможностей детей с особенностями психофизического развития включает изучение следующих вопросов:

- актуальная для ребенка система коммуникации;
- языковые аспекты коммуникации;
- когнитивные способности и понимание речи;
- сенсорные аспекты коммуникации;
- эмоциональные и психосоциальные аспекты коммуникации.

	Актуальная система коммуникации	Да	Час-точно	Нет	Примечания / примеры
Формы коммуникации	Использует ли он / она свойственные человеку коммуникативные формы (мимика, движения глаз, жесты, звуки, устная речь)? Если да, то какие?				
	Использует ли он / она неэлектронные виды коммуникативной помощи (коммуникативные таблички / книги, символы / надписи и т.д.)? Если да, то какие?				
	Комбинируются ли эти средства?				
	Может ли он / она эффективно общаться с помощью своей коммуникативной системы с окружающими?				
Возможности выражения	Может ли он / она выразить свои повседневные потребности?				
	Может ли он / она выразить свои чувства? Если да, то какие?				
	Может ли он / она называть знакомых людей?				
	Может ли он / она называть или описывать объекты, ситуации или места?				
	Может ли он / она выразить взаимоотношения между людьми и действиями? (Например, мама спит)				
	Может ли он / она выразить взаимоотношения между объектом и действием? (Например, поезд едет)				
	Может ли он / она спрашивать интересующую информацию?				
	Может ли он / она отвечать на простые вопросы? (Например: Где мама? Хочешь пить?)				
	Может ли он / она отвечать на более сложные вопросы (Например: Что вы будете делать завтра, когда придет бабушка?)				

Вокализация	Издает ли он / она звуки? Если да, то какие?				
	Можно ли связать эти звуковые выражения с каким-либо значением: - реакция на обращение - просьба о внимании, предмете или действии - протест, радость - комментарий, объяснение				
Жесты – Мимика – Взгляд	Может ли он / она зафиксировать взгляд на одном из множества объектов, предложенных для выбора?				
	Использует ли он / она мимику в качестве средства выражения? Если да, то когда?				
	Может ли он / она сознательно контролировать свою мимику?				
	Может ли он / она при помощи мимики понятно выражать чувства? (Например, радость, удивление, грусть, ярость, страх)				
	Реагирует ли он / она мимикой на вопросы или ситуацию высказывания?				
	Общается ли он / она мимикой с другими людьми в соответствующей ситуации?				
	Есть ли неясности при интерпретировании его / ее выражения лица?				
	Появляется ли у него / нее выражение лица спонтанно?				
	Использует ли он / она жестикуляцию как средство выражения? Если да, то когда?				
	Демонстрирует ли он / она целенаправленные движения в отношении объектов, людей, в какой-либо ситуации?				
	Использует ли он / она жесты, чтобы обратить на себя внимание?				
	Разработал ли он / она для определенных сообщений собственные жесты? (Например, для выражения основных потребностей)				
Связаны ли жесты с другими формами коммуникации? (Например, с символами)					

Манера поведения	Использует ли он / она определенную манеру поведения? Если да, то какую?				
	Кто из социального окружения знаком с данной манерой (системой выражения)?				
Письменная речь	Есть ли навыки чтения? Если да, насколько они развиты? (Знание букв, анализ / синтез, чтение целого слова и т.д.)				
	Умеет ли он / она писать? Если да, то: а) какие буквы / слова? б) при помощи каких вспомогательных средств осуществляется письмо?				
	Пишет ли он / она свои тексты? Если да, то в каком объеме?				

Языковые и коммуникативные аспекты	Нет	Ступень 1	Ступень 2	Ступень 3	Ступень 4	Примечания / примеры
Наблюдает ли он / она за окружающими предметами и людьми?						
Проявляет ли он / она интерес к другим? Как он / она показывает это?						
Обращает ли он / она внимание других на себя? Как?						
Может ли он / она устанавливать зрительный контакт и удерживать его?						
Есть ли различие в визуальном поведении по отношению к хорошо знакомым и незнакомым людям?						
Отводит ли он / она сознательно взгляд, избегает ли он / она сознательно зрительного контакта?						
Может ли он / она распознать и соотносить шумы окружающей среды?						
Выражает ли он / она протест и несогласие? Если да, то как?						
Продолжает ли он / она преследовать свою цель, если в первый раз он / она потерпел(а) неудачу? Если нет, то почему? (Разочарование, небольшое время для удержания внимания, малый интерес)						
Знает ли он / она общеупотребительные существительные, глаголы?						

Может ли он / она понимать простые требования?						
Реагирует ли он / она на коммуникацию, инициированную другими? Если да, то как?						
Проявляет ли он / она соразмерное поведение в ситуации смены собеседника?						
Может ли он / она отвечать на альтернативные вопросы, показывая «да» или «нет»?						
Может ли он / она адекватно отвечать на вопросы?						
Просит ли он / она о помощи? Если да, то как?						
Иницирует ли он / она совместное действие или контакт? Как?						
Задаёт ли он / она вопросы? Как?						
Выражает ли он / она потребности, желания, чувства, настроения?						
Может ли он / она сообщать свои переживания? Если да, то как?						
Может ли он / она давать достаточно информации для того, чтобы быть понятым(ой)?						
Если нет, то почему?						
Отвечает ли он / она на дополнительные вопросы при повторениях / уточнениях для снятия недоразумений?						

Когнитивные способности и понимание речи	Нет	Сенсомоторная ступень	Преоперационная ступень	Конкретная ступень	Формальная ступень	Примечания / примеры
Производит ли он / она бодрое впечатление?						
Узнаются ли знакомые лица?						
Наблюдается ли удержание внимания в течение определенного времени						
Может ли он / она находить спрятанные от его / ее глаз предметы (Например, под платок)? Постоянство объекта						

Понимает ли он / она причинно-следственные связи?							
Может ли он / она предугадывать действия? (Например, после чего-то он / она проявляет радость, зная или понимая, что скоро будет что-то приятное)							
Понимает ли он / она в определенных ситуациях требование? (Например, при надевании ботинок: покажи мне свою ногу)							
Понимает ли он / она часто употребляемые слова? (Например, собственное имя, мама, спать и др.)							
Понимает ли он / она вопросы, касающиеся повседневных вещей?							
Может ли он / она выбирать из нескольких предметов один известный?							
Понимает ли он / она два элемента ситуативного высказывания? (Например, покорми куклу при помощи ложки)							
Понимает ли он / она отдельные слова при отсутствии обозначающих их людей / объектов? (Например, название любимой игрушки)							
Оказывает ли он / она однозначное понятное сопротивление, если у него / нее что-то забирают?							
Наблюдаются ли простые способности к решению проблем? (Что-то убрать в сторону для того, чтобы достать желаемый объект)							
Комментирует ли он / она свои собственные действия?							
Понимает ли он / она регулярный распорядок дня (школьный автобус, школа, утренний цикл, завтрак)?							
Наблюдается ли планирование действия? (Например, при одевании, построении пирамиды, совершении покупки)							
Может ли он / она сортировать предметы по определенным критериям? (Например, машины по размерам или цвету)							
Может ли он / она соотнести реальные объекты с фотографиями, изображениями, символами?							

Воспринимает ли он / она фотографии и изображения как носителей информации? (Например, книжка с изображениями, фотоальбом)							
Может ли он / она использовать фотографии / символы как ответ на вопрос?							
Может ли он / она использовать символы для того, чтобы что-нибудь потребовать?							
Понимает ли он / она два элемента неситуативного высказывания? (Например, сходи в ванную, принеси полотенце)							
Переспрашивает ли он / она при необходимости выполнить неситуативные требования?							
Понимает ли он / она абсурдные требования? (Причешти куклу ложкой)							
Понимает ли он / она сложные предложения? (Например, возьми куклу и положи на красную подушку, предложения со словами «если», «то» и т.д.)							
Понимает ли он / она родовые понятия?							
Понимает ли он / она небольшие рассказы с четкой последовательностью?							
Может ли он / она играть символически?							
Понимает ли он / она предложения со страдательным залогом? (Например, поезд управляется машинистом)							
Понимает ли он / она предложения с конструкцией «прежде чем»? (Прежде чем ты выйдешь из дома, надень куртку)							
Понимает ли он / она переносное значение и многозначность символов / рисунков: свеча - церковь, праздник, день рождения; солнце - тепло, лето, прекрасная погода							
Понимает ли он / она иронию?							
Может ли он / она одновременно воспринимать несколько измерений?							
(Например, куда войдет больше: в толстый маленький или в тонкий высокий стакан?)							

Играет ли он / она в игры с правилами?						
Может ли он / она теоретически (на уровне абстракции) отражать взаимосвязи? Логическое мышление						
Умеет ли он / она воспринимать гипотезы? (Например, представь, что вода из моря течет через гору и впадает в озеро, что произойдет с озером?)						
Может ли он / она обсуждать собственное будущее?						
Понимает ли он / она метафоры или устойчивые словосочетания? (Например, папа - глава семьи; освободить место; водить за нос, два сапога и оба левых и т.п.)						

Сенсорные аспекты	Нет	Частично	Да	Примечания / примеры
Хорошее ли у него / нее зрение? Если нет, то почему?				
Может ли он / она следить за (двигающимися) объектами и людьми и фиксировать на них взгляд?				
Отмечаются ли какие-либо нарушения в функционировании поля зрения? Если да, то в какой мере и какая сторона?				
Возможно ли сканирование и соответственно визуальное слежение за движущимися точками света?				
Хороший ли у него / нее слух? Если нет, то почему?				
Может ли он / она локализовать шумы окружения или речь?				
Оцениваете ли вы его / ее обработку услышанного как хорошую?				
Оцениваете ли вы его аудитивное восприятие «фигура-причина» как хорошее? (Например, отделить речь / голоса от побочных шумов)				
Обладает ли он / она повышенной тактильной чувствительностью (низкий порог раздражения)? Если да, то где? (Например, рот, губы)				
Обладает ли он / она пониженной тактильной чувствительностью (высокий порог раздражения)? Если да, то где?				

Эмоциональные и психосоциальные аспекты	Нет	Частично	Да	Примечания / примеры
Чувствует ли он / она в настоящее время сильную потребность в коммуникации?				
Была ли раньше у него / нее сильная потребность в коммуникации?				
Есть ли впечатление, что он / она воспринимает коммуникацию как что-то осмысленное?				
Проявляет ли он / она особый интерес к определенным темам, действиям, объектам? Если да, то к чему?				
Проявляет ли он / она интерес к фотографиям и изображениям?				
Использует ли он / она все имеющиеся у него / нее возможности для реализации себя в окружающем мире?				
Обладает ли он / она выносливостью при целенаправленных взаимодействиях с другими людьми?				
Отказывается ли он / она быстро от задуманного, если его / ее не понимают?				
Знает ли он / она о своем ограничении в коммуникации?				
Выражает ли он / она разочарование при неудавшейся коммуникации? Если да, то как?				
Есть ли у него / нее особенности в поведении? Если да, то когда они проявляются?				
Устанавливает ли он / она контакт с незнакомыми людьми, если что-нибудь хочет спросить или сообщить?				

С помощью приведенных выше вопросов нужно сначала выяснить, присутствует ли вообще интерес к коммуникации, или человек сдался и ушел в себя, поскольку его не понимали или не использовали его возможности. Затем следует соотнести полученную информацию с предполагаемой степенью развития. На представленные выше вопросы должны дать ответ все те, кто постоянно контактирует с ребенком (дома, в школе).

4.6. Предпосылки проведения педагогических мероприятий по формированию коммуникативного поведения

Прежде чем приступить к описанию педагогических мероприятий для каждой из выделенных групп, необходимо остановиться на некоторых предпосылках их успешного проведения.

Обеспечение удобного положения тела. При тяжелых церебральных нарушениях двигательных функций выбор правильного положения тела, в частности, положения при сидении, является важным условием успешного проведения педагогических мероприятий. Несмотря на это, зачастую ему уделяется недостаточно внимания. Гармоничное мускульное напряжение является основной предпосылкой нормального восприятия и двигательной активности.

Вера в возможность развития ребенка. Важным условием успешного проведения педагогических мероприятий на всех четырех уровнях является чувство уважения педагога к ребенку и связанные с этим взаимные доверительные отношения. При этом всегда необходимо принимать во внимание желание ребенка общаться, а также, если возможно, учитывать темы общения. Следует помнить, что данная работа потребует много терпения, прежде чем будут заметны первые успехи.

Речевое сопровождение. Вербализация любого действия педагога является важным аспектом при формировании коммуникативного поведения. Она способствует не только расширению словарного запаса ребенка, но и развитию его мышления путем прослеживания деятельности от планирования действий до их реализации. Кроме того, речевое сопровождение стимулирует восприятие ребенка, что также оказывает активизирующее воздействие на его мозг.

Педагогические мероприятия для детей первой группы (1-й уровень развития коммуникативного поведения). Дети данной группы находятся на очень раннем уровне развития коммуникативных способностей. Их мимику и жесты нельзя рассматривать как ярко выраженные коммуникативные сигналы. Взрослый вынужден руководствоваться только определенными предположениями, так как нельзя с полной уверенностью сказать, понимает ли ребенок речь. Основная цель работы с данной группой – улучшение восприятия, стимуляция интереса к окружающему. Нередко развитие коммуникации таких детей осуществляется с помощью метода «базальной стимуляции» по А. Фрелиху и У. Хаупт. Базальная стимуляция рассматривается как ориентированный на ребенка целостный процесс стимуляции всего организма и всех органов чувств с целью воздействия как на когнитивном, так и на эмоциональном уровне. При помощи простей-

ших и, в некоторой степени, произвольных воздействий делается попытка помочь больному ребенку познать самого себя и собственное тело. При этом большое значение имеют индивидуальный уровень его развития и особые предпочтения. Базальная стимуляция осуществляется в движении (она базируется на удовлетворении потребностей ребенка, уходе за ним и обслуживании его) и при интенсивном внимании со стороны взрослого. Развитие восприятия с помощью базальной стимуляции (см. рис. 4.2) протекает в соответствии с актуальным уровнем психофизического развития, чтобы дать возможность больному ребенку шаг за шагом проходить те же стадии развития, которые проходит нормально развивающийся ребенок в период становления восприятия.

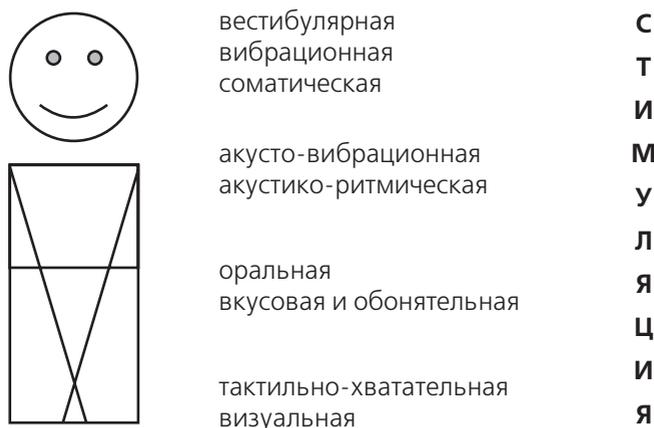


Рис. 4.2. Характеристика базальной стимуляции

Следующим этапом развивающих мероприятий после базальной стимуляции является развитие навыков взаимодействия с ближайшим окружением в социальной и предметной сферах (А. Фрелих, У. Хаупт). Интенсивно протекающие единичные ситуации взаимодействия часто позволяют детям и педагогам найти подход друг к другу на эмоциональном уровне. С помощью рифмовок и песенок в сочетании с простыми играми, в которых происходит воздействие на тело ребенка, можно вводить в общение первые сигналы и тренировать внимание. Кроме того, четкое структурирование распорядка дня, например, при помощи запахов или регулярного ощупывания посуды перед едой, позволяет ребенку построить в своем сознании собственную картину своего окружения и протекающих в нем процессов. Следует отметить, что специально созданная среда помещения, наполненная тактильными, вибраторными, акустическими и визуальными раздражителями также способствует развитию коммуникативной компетентности ребенка. Чувствуя себя уверенно в правильно организованном

окружении и имея стабильные эмоциональные отношения, «молчащие дети» проявляют желание воспроизводить звуки, если их моторные возможности позволяют им сделать это. На этом этапе часто возникают первые диалоги, в которых ребенок стремится имитировать и повторять звуки педагога.

Важным для дальнейшего развития коммуникации является понимание причины и следствия. Этого можно достичь, если часто повторяемые действия всегда совершать в одной и той же последовательности.

Педагогические мероприятия для детей второй группы (2-й уровень развития коммуникативного поведения). Дети этой группы уже обладают коммуникативными способностями. При помощи мимики и жестов они в состоянии выражать потребности и желания. Однако эти сигналы понимают только люди, входящие в ближайшее окружение ребенка, которые его хорошо знают и могут правильно угадать, что чувствует их воспитанник. При этом часто возникают недоразумения, приводящие обе стороны в состояние фрустрации. Основная цель работы с группой – развитие более ясной и дифференцированной формы коммуникации, обеспечение стабильного ее проявления для партнеров, не очень хорошо знакомых с ситуацией данных людей.

Главной предпосылкой развития коммуникации на более высоком уровне является выражение согласия или отрицания. В этой связи общение с такими детьми часто сводится к вопросам, требующим однозначного ответа типа «да» или «нет», касающихся возможных, преимущественно физических, потребностей ребенка. Детям с тяжелыми нарушениями психофизического развития довольно сложно идентифицировать знаки, выражающие «да» и «нет», поэтому в соответствующих ситуациях используют как звуки, так и жесты. Кроме того, рекомендуется вводить символы в виде изображений смеющегося и грустного лица с соответствующим цветовым оформлением. Их применение в повседневной жизни (например, во время приема пищи) побуждает ребенка осознанно принимать решения, а также учат его обращаться с данными символами.

В зависимости от состояния зрения детей и их способности к абстрактному мышлению можно использовать для инициирования коммуникации фотографии, предметы и пиктограммы. Например: «Я подаю фотографию (картинку) с яблоком, если я хочу съесть яблоко, и получаю в ответ яблоко». Решающим фактором при проведении данного развивающего упражнения является то, что яблоко дают только тогда, когда его попросили (при помощи карточки). Таким образом, ребенок учится распознавать принцип причина – следствие. Важным содержанием данного действия является следующее: если я умею понятно высказать свою просьбу, то получаю, что хочу, а значит, коммуникация имеет для меня смысл.

Можно пробовать задавать детям альтернативные вопросы, например: «Ты хочешь играть с мячом или с кубиками?». Ответ на такие вопросы

нужно тренировать в специальных ситуациях. Это может выглядеть так: начиная действие с предметом, задают альтернативный вопрос и действие прерывают до того момента, пока не последует ответ.

На этом этапе можно использовать коммуникативные книги («Я – книги»), которые помогают ребенку рассказывать кое-что о себе, например, о семье, о том, что ему нравится, что он умеет делать. Кроме того, в определенных случаях уместно применять простые электронные коммуникативные виды помощи, например, устройство «Big Mask»*. Педагог или родитель может записать в память этого прибора слова, которые ребенок нажатием кнопки будет воспроизводить применительно к конкретной коммуникационной ситуации (например, здороваться).

На этом этапе полезно поработать понятную для более дальнего окружения ребенка коммуникативную систему, которая обеспечивала бы ему большую свободу в процессе общения.

Педагогические мероприятия для детей третьей группы (3-й уровень развития коммуникативного поведения). Дети этой группы в состоянии воспроизводить первые самостоя-



тельно инициируемые сигналы, они пытаются участвовать в социальных процессах. Работу с ними начинают с уточнения состояния когнитивных способностей и подбора средств коммуникации (предметов, изображений, символов). Основной упор в коррекционно-развивающей работе делается на инициировании поводов для коммуникации. Кроме того, развивающие мероприятия для данной группы детей могут быть направлены на усиление более понятной мимики и жестикуляции.

Для развития понимания символов и тем самым понимания речи используют упражнения на соотнесение: ребенка просят соотнести картинку с предметом или предмет с картинкой. Для этого хорошо подходят реальные предметы и серии фотографий. В качестве первого упражнения по развитию речи можно предложить, например, выбрать игрушки или одежду в соответствии с предлагаемыми фотографиями. Вторым шагом на пути к знакам и символам может быть устранение реальных предметов и работа только с фотографиями. На следующем этапе применяются картинки, на которых умышленно отсутствуют цвета как носители информации. Когда

* Небольшое устройство размерами с проигрыватель компакт-дисков для записи определенных слов или фраз. При нажатии на крышку данного устройства записанные ранее слова или фразы воспроизводятся.

ребенок успешно проходит этот уровень, можно перейти к соответствующим символам.

Существует целый ряд символьных наборов и систем, которые были разработаны специально для людей с отсутствием речи. Особенно распространены такие системы в англоязычных странах. В Германии же наиболее известны система Блисса, система Леба, система «Тач ен Ток». Критерием для применения соответствующей системы символов являются индивидуальные потребности ребенка с учетом будущей его бытовой ситуации в совокупности с возможными коммуникационными взаимосвязями.

Когда понимание речи и абстрактное мышление достигают относительно высокого уровня, следует подумать о начале развития навыков письменной речи как общепринятого и однозначно понимаемого средства коммуникации. Если же к этому переходить еще рано, то нужно отдать предпочтение символьной речи, которую проще освоить и которая позволяет осуществлять более быстрое общение.

На данном этапе следует постоянно работать над созданием и применением различных коммуникативных стратегий. Повторять и закреплять технику постановки вопроса в игре или ролевой ситуации. Тренировать использование поддерживающей коммуникации в повседневном общении, при решении моделируемых и реальных практических задач (например, сделать покупку).

Педагогические мероприятия для детей четвертой группы (4-й уровень развития коммуникативного поведения). Таким детям обычно мешают общаться двигательные ограничения, но они очень хорошо понимают речь. Основная цель для данной группы – расширение и совершенствование коммуникативных систем, соответствующих реальным и потенциальным возможностям детей, вплоть до развития и усовершенствования письменной речи.

Работа начинается с полной и тщательной диагностики, при этом необходимо применять все известные диагностические средства. Это связано с тем, что неточная диагностика может привести к ситуации, когда к детям, у которых отсутствует или недостаточно хорошо развита устная речь, предъявляют заниженные требования, и в результате они испытывают разочарование или скуку.

Очень важно, чтобы мероприятия, направленные на развитие коммуникации, нравились ребенку. Коммуникация должна доставлять удовольствие. Человек, который постоянно сталкивался с тем, что данная деятельность очень трудна, непонятна и утомительна, не всегда хочет ее продолжать. Исполнение желаний и возможность оказывать влияние являются сильной мотивацией для возобновления коммуникации. Поэтому педагог помогает ребенку понять, что способность выражать свои желания и потребности дает шанс увидеть их реализованными, а также показывает ему, что он может влиять на события, на другого человека и с его решением будет считаться.

В планировании мероприятий по развитию коммуникации должны участвовать все сотрудники, работающие с ребенком, а также его родители. Они должны быть убеждены в том, что имеет смысл использовать поддерживающую коммуникацию. При этом всем участникам развивающих мероприятий следует строго придерживаться оговоренных для данного ребенка средств и правил коммуникации. Только в ситуации, когда коммуникативные сигналы стабильны и надежны, дети охотно реагируют на них.

При развитии коммуникации очень важным аспектом является организация жизнедеятельности ребенка. Иногда случается так, что несмотря на хорошее планирование системы развивающих мероприятий, они не приводят к заметному результату. Это объясняется тем, что жизнедеятельность неговорящих детей организована в течение дня таким образом, что коммуникация им в принципе не нужна. Поэтому прежде чем наполнить запланированные мероприятия конкретным содержанием, нужно продумать, где в окружении ребенка могут существовать реальные стимулы (поводы) для коммуникации.

Таким образом, развитие коммуникативных способностей детей с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития базируется на комплексном плане развивающих мероприятий, который составляется в соответствии с уровнем их возможностей. При этом особое значение придается сенсорному и когнитивному развитию каждого ребенка, так как это - основа для развития речи. При проведении развивающих мероприятий активно используются различные вспомогательные средства. Они для ребенка - не только мотивационный стимул, но и способствуют переходу на более высокий уровень коммуникативного поведения. Какие же формы коммуникации и вспомогательные средства являются для каждого отдельного ребенка наиболее предпочтительными и полезными, можно выяснить только при интенсивных занятиях с ним. Коммуникация с поддержкой требует больших затрат, однако если она удастся, то значительно способствует улучшению качества жизни человека с ограничениями.

Литература

1. Baenisch und Bunk (HRSg), 2003: Methoden der unterstützten Kommunikation. (Бэниш и Бунк, 2003: Методы коммуникации с опорой).
2. Sevening H. 1994: Materialien zur Kommunikationsförderung. Düsseldorf. (Севенинг Х., 1994: Материалы для развития коммуникации. Дюссельдорф).
3. Von Tetzchner Martinsen, 2000: Unterstützte Kommunikation. Heidelberg. (фон Тетцхнер Мартинсен, 2000: Коммуникация с опорой. Хайдельберг).
4. Handbuch Unterstützte Kommunikation - Loeper Verlag (Руководство: Коммуникация с опорой - издательство «Лепер»).

5. Fröhlich A. Basale Stimulation, Düsseldorf, 1991 (Фрёлих А. Базальная стимуляция, Дюссельдорф, 1991).

6. Sevening H. Zur Frage der Förderbarkeit von Kindern mit schwersten cerebralen Bewegungsstörungen und Anastrohie; unveröffentlichter Projektbericht, Köln 1991. (Севенинг Х. К вопросу о коррекционной работе с детьми с тяжелейшими церебральными нарушениями двигательных функций и анастрией. Неопубликованный доклад. Кельн, 1991).

7. Kirsten Ursi. Praxis Unterstützte Kommunikation, Düsseldorf, 1994. (Кирстен Урси. Поддерживающая практику коммуникация, Дюссельдорф, 1994).

8. Adam Heidemarie. Mit Gebärden und Bildsymbolen kommunizieren Würzburg, 1993 (Адам Хайдемари. Общение при помощи жестов и символьных картинок, Вюрцбург, 1993).

5. РЕАЛИЗАЦИЯ МЕТОДА БАЗАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В ОТНОШЕНИИ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ И (ИЛИ) МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

5.1. Метод базальной стимуляции по А. Фрелиху Зузанне Рабэ (Германия)

Андреас Фрелих разработал целостную концепцию стимуляции детей с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития. Он назвал ее «Базальная стимуляция». Стимуляция по А. Фрелиху осуществляется во всех областях ощущений (тактильных, кинестетических, зрительных, слуховых, обонятельных, вкусовых). При этом ведущим на первых порах является пассивное раздражение, осуществляемое взрослым с помощью собственного тела и разнообразных объектов окружающего мира. Термин «базальная» указывает на то, что в данном процессе используются самые простые раздражители (прикасаения, поглаживания, покачивания, надавливания, обхваты и др.).

Базальная стимуляция предназначена для детей, у которых самостоятельная сенсомоторная деятельность крайне ограничена и их опыт в области собственного движения и взаимодействия с окружающим миром полностью зависит от помощи других людей.

В основе метода базальной стимуляции лежит представление о пластичности центральной нервной системы. Благодаря этому становится возможным выстроить систему сенсомоторных действий, направленных на активное восприятие окружающего мира. По мнению А. Фрелиха, данная система может обеспечивать уровень восприятия, который мы наблюдаем у здорового ребенка в конце четвертого месяца жизни.

Базальная стимуляция – это попытка обучать на самом элементарном уровне, ее основная цель – обеспечить ребенку:

- ощущение собственного тела;
- отделение своего тела от окружающих объектов;
- использование имеющихся двигательных возможностей;
- развитие собственной активности (реакции на окружающий мир);
- установление контакта со взрослым, выполняющим стимуляцию;
- подготовка ребенка к выполнению простых движений и действий.

В процессе базальной стимуляции происходит моделирование элементарных импульсов и связей, которые составляют основу ощущений и восприятия ребенка.

А. Фрелих исходит из предположения, что самые элементарные аспекты дееспособности человека: движение, восприятие и коммуникация самым тесным образом взаимосвязаны. Поэтому метод базальной стимуляции является комплексным и включает в себя приемы, активизирующие не только отдельные движения и восприятие ребенка, но также элементы коммуникации и интеракции (взаимодействия).

В **области восприятия** А. Фрелих различает следующие виды стимуляции: вестибулярную, вибрационную и соматическую.

Вестибулярная стимуляция адресована вестибулярной системе, которая обеспечивает ребенку восприятие и анализ пространственной информации. Первый вестибулярный опыт ребенок получает очень рано, еще до рождения, находясь в утробе матери. Поэтому воздействия на вестибулярную систему не являются для него абсолютно новым опытом. Вестибулярная стимуляция включает в себя изменения положения тела в пространстве и его ритмичные колебания. Вестибулярные стимулы передаются телу, находящемуся в стабильном положении (лежа, сидя). Интенсивность и направление колебательных движений должны соотноситься со скоростью восприятия и обработки информации у конкретного ребенка. Рекомендуется практиковать совместные колебательные движения, они позволяют специалистам хорошо чувствовать детский тонус (его изменения), а детям придают уверенность, снимают ощущение страха. По мнению А. Фрелиха, соблюдение перечисленных требований способствует появлению у пациентов элементов внимания и сосредоточенности.

Вибрационная стимуляция ориентирована на восприятие и обработку звуковых волн телом. У каждого ребенка есть опыт вибрационного восприятия, поскольку с первыми раздражителями подобного рода он сталкивается еще в пренатальном периоде (колебания и шумы внутри и вокруг тела матери). Основным объектом воздействия вестибулярной стимуляции являются кости скелета, они хорошо воспринимают вибрацию и передают импульсы дальше по телу. Эффект вибрационной стимуляции имеет место только при оптимальном положении тела – лежа на спине. При этом нужная поза ребенка фиксируется на твердой поверхности.

Соматическая стимуляция обеспечивает восприятие с помощью кожи, мускулатуры и суставов. В ходе такой стимуляции создаются условия для

восприятия собственного тела, своих движений, а также прикосновений. Соматическая стимуляция базируется на трех основных принципах: симметрии, напряжения–расслабления, ритмизации.

- Принцип симметрии предполагает симметричное положение тела (особенно это важно для детей с геми- и тетрапарезом), а также симметричное вовлечение в деятельность обеих половин тела, что позволяет воспринимать его как целостное.
- Принцип напряжения–расслабления указывает на необходимость гармонично чередовать эти состояния тела через изменения его положения или создания искусственным путем определенного его возбуждения.
- Принцип ритмизации предполагает прежде всего обеспечение определенного ритма дыхания за счет улучшения выдоха, а также гармонизации интервалов между вдохом и выдохом.

Говоря о **коммуникации**, А. Фрелих указывает на необходимость направлять контакт с детьми при стимуляции любой из названных областей восприятия. С одной стороны, он подчеркивает роль коммуникации в обеспечении связи между чувствами, восприятием и движением. С другой стороны, показывает влияние двигательных возможностей на становление коммуникации ребенка. А. Фрелих отмечает, что невозможно выражать свои впечатления от восприятия без соответствующих двигательных способностей.

По мнению А. Фрелиха, можно выделить 7 сфер коммуникации: визуальную, тактильную, вибрационную, термическую, соматическую, коммуникацию запахами и вкусами. У детей с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития коммуникация, построенная на взаимодействии с телом, а также на использовании мелодики и тембра голоса, располагает значительно большими возможностями, чем контакт с помощью речи и письма. Значимыми элементами языка тела являются: положение тела, телесный контакт, движения, характер движений, позы, запах, взгляд, выражение лица.

Коммуникация в процессе базальной стимуляции направлена на то, чтобы вызвать у ребенка реакцию на воздействие, правильно эту реакцию интерпретировать и соответствующим образом погасить или укрепить. Очень сложно правильно интерпретировать сигналы тела ребенка, но несмотря на это, надо стараться использовать любую попытку для осуществления двустороннего контакта. В этой связи обязательным требованием реализации взаимодействия является постоянное наблюдение за реакциями ребенка, его лицом, которое должно постоянно находиться в поле зрения взрослого.

Усиление коммуникации в процессе базальной стимуляции должно осуществляться с помощью эмоциональных вокализаций, которые не только сопровождают действия взрослого, но и представляют собой предложение ребенку вступить в вокализованный (звуковой) диалог. Посредством данного диалога происходит обозначение себя, выражение своих чувства и настроений. Обязательным правилом ведения такого диалога

является немедленная реакция на произнесенные ребенком звуки, а также обеспечение ему необходимого времени для установления обратной связи посредством соблюдения речевых пауз.

Опыт работы в области базальной стимуляции свидетельствует, что она может быть органично вписана в режим жизнедеятельности ребенка и сопровождать его обслуживание и уход, например, подготавливая одевание, купание, кормление и т.д. Специально же организованные занятия, не связанные с конкретными аспектами жизнедеятельности ребенка, считаются нецелесообразными.

При проведении базальной стимуляции специалисты должны иметь четкую установку по поводу того, зачем они это делают. Обычно она включает в себя следующие составляющие: улучшить состояние тела, улучшить положение (позу) тела, установить контакт. Для отдельных детей установка может быть дополнена: добиться разрешения прикасаться к себе, обеспечить спокойное отношение к прикосновениям.

Успешность базальной стимуляции определяется соблюдением определенных условий:

- определение актуального уровня потребностей ребенка;
- комфорт (ребенок не должен испытывать голод, жажду, боль и другие неприятные ощущения);
- ненасилие (если он не хочет работать, его не заставляют);
- позитивное подкрепление (следует выяснить, стимуляция каких зон ребенку нравится больше всего);
- обеспечение восприятия материалов различными частями тела (ноги, руки, щеки, спина и т.д.);
- максимальное использование ситуаций ухода, стимуляция с помощью теплой воды, крема, предметов туалета и одежды;
- стремление к ситуации первичной самостимуляции (рука рукой, нога ногой, лицо рукой и т.д.);
- использование частей тела ребенка для выполнения целенаправленных действий (поглаживание ребенка его рукой, смазывание кремом при помощи его руки и т.д.).

Пример. Молодая учительница рассказывает о начале своей профессиональной деятельности в новой школе. На второй день работы ей выдали картонную коробку с различными щетками и сказали, что сейчас она должна полчаса заниматься базальной стимуляцией с Катрин. Катрин – девочка с очень тяжелой формой ограничения, она обычно присутствует на уроке, но не проявляет практически никакого интереса к тому, что там происходит. Молодая учительница 30 мин прикасалась к ладоням девочки разными щетками. Девочка воспринимала эти действия спокойно, но при этом не демонстрировала никакой реакции. После этого учительница задалась вопросом, а имеют ли данные действия вообще какой-либо

смысл, и можно ли их проводить так, чтобы у ребенка возник интерес к данному процессу. По прошествии определенного времени учительница во время этого упражнения начала мыть руки девочки в миске с теплой водой, используя жидкое мыло, мочалку, щетку для ногтей и губку. Через 2 недели Катрин впервые улыбнулась, когда ее руки опустили в воду, и с этого времени ей, похоже, нравится принимать ванны для рук, и она начинает все внимательней следить за происходящим.

Базальная стимуляция в определенной мере является средством профилактики таких состояний, как аутистимуляция, стереотипия и аутоагрессия. С ее помощью, по мнению А. Фрелиха, в определенной мере можно устранять причины, приводящие к перечисленным специфическим состояниям, а именно преодолевать некоторые неблагоприятные явления, например: сильную сенсорную депривацию, неспособность осмысливать и соотносить полученные от раздражений впечатления, а также эмоционально их выражать.

Базальная стимуляция – это взаимные предложения, наблюдение, реагирование и ни в коем случае не одностороннее «лечение». Это – взаимодействие, игра между двумя людьми, которая содержит все базовые элементы коммуникации и интеракции.

Литература

1. Fröhlich A.D. (Hrsg.): Lernmöglichkeiten, Heidelberg, 1982.
2. Handbuch der heilpädagogischen Diagnostik, Paula Tietze-Fritz verlag modernes lernen, Dortmund, 1994.

5.2. Использование метода базальной стимуляции в коррекционно–педагогической работе с детьми с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития **Инна Миненкова (Беларусь)**

Дети с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития – это дети с особыми потребностями, жизнь которых наполнена большим количеством ограничений. Они затрудняются:

- свободно передвигаться;
- самостоятельно удовлетворять личные потребности;
- воспринимать и перерабатывать информацию;
- приобретать опыт деятельности;
- овладевать речью и другими средствами коммуникации;
- подражать социальному поведению;

- инициировать и поддерживать социальные взаимодействия;
- выражать эмоциональное состояние.

Характерным следствием тяжелых и (или) множественных нарушений психофизического развития является уменьшение доступных каналов компенсации ограничений. Подобная ситуация нередко провоцирует нарушение ориентирования в окружающей действительности, проявляется в недостаточном восприятии и осознании: себя, другого человека, окружающего предметного мира. Задача педагога - выявить альтернативные пути развития ориентировочной деятельности такого ребенка, которые позволяют в какой-то мере компенсировать его ограничения. Одним из таких путей является развитие восприятия и осознания собственной материальности (телесности).

Внешний мир не просто приходит извне, он конституируется изнутри. Поскольку окружающая действительность может себя обнаружить лишь через воздействие на наше тело, то именно происходящие в нем изменения мы интерпретируем как факт внешнего мира. Собственное тело, являясь первичным пространством впечатлений и обучения, представляет собой «мост к внешнему миру» (В. Пфэффер). Речь идет о том, чтобы дать возможность ребенку с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития активно познавать собственное тело. В этой связи основное значение для развития ориентировочной деятельности имеет:

- восприятие и осознание границ собственного тела;
- восприятие положения тела в пространстве и сохранение равновесия;
- восприятие и различение отдельных частей тела и их функций.

Развитие восприятия и осознания собственного тела способствует становлению моторных навыков и рассматривается как необходимое условие формирования познавательных и социальных задатков ребенка. Чем обширнее опыт ребенка в данной области, тем интенсивнее происходит развитие его отношений к себе, другим людям и предметному миру.

В качестве основного метода развития восприятия и осознания собственного тела рассматривается, прежде всего, «базальная стимуляция» или «раздражение». Базальная стимуляция – метод комплексного педагогического воздействия интенсивными, «пробивающими» ограничения, раздражителями с целью оказания ребенку помощи в осознании собственного тела и понимании жизненно важных ситуаций, связанных с удовлетворением личных потребностей» (А. Фрелих). Базальная стимуляция помогает привести в действие имеющиеся органы восприятия и обработки информации, наполнить окружающий мир доступным содержанием, дать возможность ребенку пассивно пережить различный опыт. Базальная стимуляция – метод обучения на самом элементарном уровне в ситуациях, когда у детей с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития никаким другим способом нельзя сформировать опыт обращения с воспринимаемыми из окружающего мира раздражителями.

Базальный (от греч. *basis* – основа, база) означает, что используемые раздражители очень просты и сокращены до минимума: тактильные (прикасания, обхватывания), вестибулярные (покачивания и поворачивания отдельных частей тела, движения тела вверх и вниз, ускорения и замедления некоторых движений), вибраторные (колебания, надавливание). Дети с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития не всегда могут самостоятельно получить из внешнего мира этот полезный многообразный опыт, поэтому для того, чтобы ослабленные органы чувств могли прореагировать на раздражение, требуется более сильная, чаще повторяющаяся стимуляция, производимая в отсутствие других воздействий.

Стимуляция (от лат. *stimulare* - побуждать) происходит при помощи пассивных раздражителей, количество, тип и длительность которых определяются педагогом с учетом исходного состояния и личных предпочтений ребенка. Занятия по стимуляции не должны проводиться в механической форме, превращаясь в «раздражающую терапию» (Э. Фишер). Желательно осуществлять базальную стимуляцию в деятельности по уходу за ребенком, где предложенные раздражители переживаются им как осмысленные и целесообразные. Очень важно в процессе стимуляции наблюдать за ребенком, выделяя те раздражители, приемы и упражнения, которые доставляют ему положительные эмоции. Можно несколько замедлять темп выполнения этих упражнений, чтобы стимулировать активность ребенка. Основная цель базальной стимуляции: посредством развития восприятия собственного тела дать понять ребенку с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития, что он в состоянии самостоятельно оказывать влияние на окружающий мир.

В процессе базального воздействия стимулируются следующие области восприятия: соматическая, вестибулярная, вибрационная, оральная.

Соматическая базальная стимуляция – развитие телесной чувствительности посредством прикосаний. Для детей с тяжелыми и (или) множественными нарушениями физического и (или) психического развития соматическая стимуляция – один из немногих каналов развития. Педагог своими руками «лепит» тело ребенка, обозначая его границы, воздействуя при этом на тактильную и мышечно-суставную чувствительность. Многие такие дети реагируют на прикосновения очень негативно, что относится к тактильной защите. Тактильная защита зависит от неспособности ребенка справиться с неприятными ощущениями от прикосаний к нему. Эти дети нуждаются в телесном контакте, но нужно соблюдать определенные правила соматической стимуляции во взаимодействии с ними. Прикосания должны быть уверенными, непрерывными, контрастными и симметричными в отношении парных частей тела.

Прикасания выполняются каждый раз в одной и той же последовательности и направлении, чтобы они не были неожиданными и давали

возможность ребенку ориентироваться в ситуации. Рекомендуется следующая последовательность соматической стимуляции: а) туловище, б) конечности (руки, ноги), в) лицо. Прикасаются начинают на туловище (от плечевого пояса к поясничному отделу) и переходят на конечности. Стимуляция рук осуществляется в направлении снизу вверх (от кисти к плечу), а ног - в направлении сверху вниз (от бедра к стопе). Прикасаются к поверхности лица выполняют исходя из принципа движения изнутри наружу. Они должны сначала осуществляться в удалении от области рта и лишь постепенно приближаться к губам и ротовой полости.

Руки педагога должны быть теплыми, расслабленными и свободно скользить по телу. Выполняются все прикасания медленно, ритмично (за 1 мин - примерно 24-26 скользящих прикасаний). На ровных и обширных поверхностях тела (спина, живот, грудь) применяется плоскостное прикасание, при котором кисти рук расслаблены, пальцы выпрямлены и сомкнуты. Следует избегать нажатий на позвоночник. Для стимуляции верхних и нижних конечностей используют обхватывающее прикасание расслабленной кистью руки, при этом большой палец отведен в сторону, а остальные сомкнуты. Руки педагога должны быть идеально чистыми, сухими, мягкими, с коротко остриженными ногтями. Часы, кольца и все то, что может доставить ребенку неприятные ощущения, следует снять. Одежда педагога должна быть удобной и легкой, не стесняющей движений и оставляющей руки открытыми до локтей.

Для соматической стимуляции можно использовать следующие вспомогательные материалы: губки; массажные перчатки; перчатки из различных тканей (материя, шерсть, кожа); платки или ткани различной фактуры (махровые, хлопковые, шелковые, велюровые); полотенца; подушечки с наполнителями; мягкие игрушки; фен.

Соматическая стимуляция включается в мероприятия по уходу за ребенком с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития. Она создает условия для более теплого и доверительного общения при выполнении гигиенических процедур, кормлении, одевании и раздевании. Длительность процедуры - от 5-8 до 30 мин (в зависимости от возраста ребенка и количества охватываемых областей тела).

Вестибулярная базальная стимуляция - развитие равновесия тела как в состоянии покоя, так и при движении в трех основных направлениях: а) движения тела в горизонтальной плоскости (вправо и влево); б) движения в вертикальной плоскости (вверх и вниз); поступательно-возвратные движения (вперед и назад). Вестибулярная стимуляция осуществляется при помощи покачивания и поворачивания тела и его отдельных частей. Дети с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития не всегда адекватно реагируют на изменение положения тела в пространстве. Слишком быстрые покачивания, повороты или другие движения могут привести к головокружению, тошноте, перевозбуждению или

беспокойству. В этой связи следует избегать вращательных движений, использовать опоры при изменении положения тела ребенка, стабилизировать положение головы для свободного обзора.

Восприятие положения тела в пространстве и сохранение равновесия формируется при выполнении следующих упражнений: медленные повороты и наклоны головы; покачивание в позе эмбриона; повороты туловища на бок; повороты со спины на живот; повороты туловища в стороны; встряхивание рук и ног; приведение тела в вертикальное положение; покачивание на коленях, гимнастическом мяче, качелях, в гамаке. Все перечисленные упражнения выполняются при физической поддержке педагога. Длительность вестибулярной стимуляции должна определяться индивидуально, однако необходимо следить за тем, чтобы треть времени занятия уходило на отдых. Наиболее пригодными вспомогательными средствами для вестибулярной стимуляции являются: надувные предметы (мячи, бревна, круги, шины), качели, подвесная лежанка-платформа, батут, пружинные матрасы, подушки.

Вибрационная базальная стимуляция - развитие чувствительности к колебаниям воздуха, вызываемым движущимся или звучащим объектом. Этот вид чувствительности можно назвать «контактным слухом». В процессе вибрационной стимуляции на тело (или его часть) оказывается воздействие при помощи устройств, служащих для создания сотрясений: вибрирующих игрушек, подушек, трубок, электрических приборов (электрическая зубная щетка, массажер), камертонов, музыкальных инструментов с сильной резонирующей поверхностью и др. С помощью колебательных движений ребенок с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития получает информацию о строении скелета.

Мероприятия по вибрационной стимуляции следует начинать с удаленных от туловища частей тела (например, с фаланг пальцев ног). Аппарат должен прикасаться точно к кости. Вибрационную стимуляцию применяют к следующим органам костной системы: фаланги пальцев, пястные и запястные кости, локтевая, лучевая и плечевая кости верхних конечностей; фаланги пальцев, плюсневые, предплюневые, берцовые, бедренные кости нижних конечностей; реберные дуги. Вибрационное воздействие на позвоночник исключается, кости черепа стимулируются с особой осторожностью.

Вибрационная стимуляция выполняется на твердой поверхности в положении ребенка лежа на спине. Рекомендуется использовать механические вибрации с частотой колебаний от 10 до 200 Гц. Дозировка вибрационных воздействий должна быть индивидуальной. При проведении процедуры следует контролировать по ощущениям ребенка интенсивность воздействий. Длительное применение вибраций одинаковой частоты может вызвать привыкание, удлинение процедуры по времени – утомление,

поэтому показано изменение частоты воздействий. Продолжительность процедуры - от 5 до 15 мин. Постепенное увеличение ее продолжительности позволяет организму адаптироваться к вибрационным воздействиям. Если стимулируется несколько областей, то суммарное воздействие на все зоны не должно превышать 12-15 мин, так как длительные по времени вибрации угнетают функции нервной системы.

Базальная стимуляция дает возможность детям с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития осознать свое тело в жизненно важных элементарных ситуациях и базируется на удовлетворении личных потребностей в деятельности по уходу за ребенком. Этот метод позволяет установить очень близкие и доверительные взаимоотношения с ребенком, избежать функциональности в общении с ним, связанной с осуществлением мероприятий по обслуживанию.

Литература

1. Фишер Э. Планы и разделы учебной программы для детей с особенностями в интеллектуальном развитии. Мн.: Белорусский Экзархат - Белорусской православной церкви, 1999.

5.3. Базальная коммуникация по З. Малл Зузанне Рабэ (Германия)

Я стою перед человеком и спрашиваю себя, как я могу с ним связаться. Он сам не говорит или настолько ограничен в своих возможностях, что не может сообщить мне о своих потребностях, мыслях и желаниях. Его мимика и жесты не содержат распознаваемого смысла. Моя речь ему явно недоступна, он не реагирует на мою улыбку, избегает зрительного контакта со мной, мои прикосновения не вызывают у него никакой ответной реакции или вообще отвергаются. У меня такое ощущение, что этот другой живет в абсолютно ином мире, в который я не нахожу входа. Я чувствую, что этот другой хочет мне что-то сообщить, установить контакт, но у него нет возможности для этого. Коммуникация невозможна, взаимный обмен информацией не происходит. Эта проблема знакома многим, кто работает с людьми с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития.

Базальная коммуникация предназначена для людей, которые не в состоянии активно выражать свои потребности и что-то сообщать. Любой, кто ухаживает за такими людьми, может распознать признаки того, как они себя чувствуют, что им особенно нравится, а что они отвергают. Средствами выражения состояния в данном случае являются усиленное произнесе-

ние отдельных звуков, двигательное беспокойство, крик, определенные движения и т.д. Однако необязательно, что мы правильно понимаем всю транслируемую нам информацию. Часто, полагаясь на предположения, мы способствуем увеличению дистанции между нами.

Основная цель базальной стимуляции – это встреча. Понятие «базальная» указывает на то, что для ее осуществления не требуется никаких предпосылок. Через какие же каналы может осуществляться базальная коммуникация? Мы считаем, что в ее основе лежит та или иная деятельность. Любой человек, делая что-то, через свои действия передает сигнал о том, как он себя чувствует, что им движет. Даже если человек не может двигаться, произносить звуки, фиксировать взгляд, существует абсолютно основополагающая деятельность, присущая каждому – дыхание. Его особенность и ритм – самое элементарное средство выражения нашего состояния и именно на нем базируется рассматриваемый вид коммуникации.

На базальном уровне можно попробовать установить контакт с партнером посредством взаимной ритмизации дыхания. Она может достигаться при выполнении следующих действий:

- осторожный телесный контакт (сидим, тело к телу, обычно взрослый находится сзади ребенка);
- настраиваемся на ритм дыхания ребенка, каким бы странным оно не было (неравномерным, останавливающимся, сдавленным и т.д.);
- при выдохе прикасаемся к телу ребенка его же руками;
- постоянно следим за реакцией ребенка, в соответствии с ней адаптируем свое воздействие, т.е. принимаем движения партнера, можем имитировать их, но не превращаем в стереотип;
- на стадии выдоха не только принимаем движения партнера, но и иницируем свои собственные движения, стараемся предать их ребенку, в случае несогласия ребенка, уступаем ему.

Подключение звука к дыханию – следующий этап базальной коммуникации. При озвучивании выдоха можно говорить, гудеть, жужжать, петь. Говорить следует очень мало, тихо, нежно и только о том, что актуально для данного момента. Кроме того, базальная коммуникация может содержать элементы игры и творчества.

Базальная коммуникация реализуется с помощью ритма дыхания, телесного контакта, движений и голоса. В процессе такой коммуникации появляются симпатия, интерес к партнеру, устраняются страхи, напряжение, паника, создается ощущение открытости отношений и эмоционального комфорта. Данный вид коммуникации требует времени (по 10 -15 мин 2 раза в день), а также специальных условий (спокойная обстановка, минимальное число раздражителей).

Базальная коммуникация не должна организовываться только в специально определенных для нее ситуациях. Это встреча, а она может происходить везде, поэтому реализуется по мере возможности и необходимости.

6. РЕАЛИЗАЦИЯ МЕТОДА ЭРГОТЕРАПИИ В ОТНОШЕНИИ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ И (ИЛИ) МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

6.1. Понятие о методе эрготерапии *Вероника Радыгина (Беларусь)*

Термин «эрготерапия» (от греч. *ergein* - делать, действовать, работать и *therapeutein* - лечить, ухаживать, сопровождать) в нашей практике еще мало знаком. Многие люди воспринимают слово «терапия» очень узко, только как лечение с помощью медикаментозных средств, отрицая психолого-педагогическое содержание этого понятия.

Цель эрготерапии - восстановление и дальнейшее улучшение отсутствующих или утраченных функций у людей с особенностями психофизического развития таким образом, чтобы они смогли достичь максимально высокого уровня независимости и самостоятельности на социально-бытовом и профессиональном уровнях.

Философия эрготерапии - целенаправленная, имеющая для человека смысл деятельность, помогающая улучшить его функциональные возможности: двигательные, эмоциональные, когнитивные и психические.

Метод эрготерапии заключается в специфическом выполнении отобранных видов деятельности, соответствующих техник и приемов для того, чтобы повторно достигнуть, улучшить и/или поддержать (сохранить) личную компетенцию действий людей с особенностями психофизического развития в повседневной жизни и работе. Метод эрготерапии основывается на достижениях медицинской, психолого-педагогической и социальной наук и рекомендуется людям любого возраста, которые страдают двигательными, сенсомоторными расстройствами, нарушениями восприятия и/или психосоциальными недостатками.

Этапы эрготерапевтического вмешательства. Эрготерапевтическое вмешательство включает в себя следующие этапы.

1. Диагностика, которая состоит из сбора анамнеза и проведения эрготерапевтических обследований. Особенностью этого этапа является анализ не только степени повреждения органов или систем, но и изучение влияния физических ограничений и/или психических нарушений на жизнедеятельность людей, на уровень их функциональных возможностей.

2. Определение целей и задач эрготерапевтического вмешательства. Цель эрготерапии зависит от тяжести исходных физических и/или психических нарушений: для одних она может заключаться в достижении полного восстановления нарушенных функций и полной ресоциализации (возврат к учебе, труду, восстановление прежнего положения в социальной макро- и микросреде), для других - в выработке компенсаторных механизмов деятельности организма для обеспечения максимально возможной независимости и улучшения качества жизни. Выбор и постановка цели осуществляются совместно специалистами и человеком с ограничением жизнедеятельности.

3. Составление программы эрготерапевтического вмешательства, при этом учитываются умения, навыки, интересы и способности индивида, его возраст, пол и социальные роли. На этом этапе происходит выбор видов деятельности, методик, техник и приемов, необходимых для достижения цели, определяется вспомогательное оборудование, а также возможность подключения семьи к эрготерапевтическому процессу.

4. Проведение эрготерапевтических мероприятий, которые направлены на то, чтобы обеспечивать людей с особенностями психофизического развития необходимыми условиями для выполнения деятельности, удовлетворяющей их запросы и требования и соответствующей их способностям выдерживать определенную нагрузку.

5. Оценка эффективности проведенного эрготерапевтического вмешательства и при необходимости внесение корректив в план.

Деятельность в эрготерапии подразделяется на повседневную активность (личная гигиена, прием пищи, одевание, функциональное общение, мобильность, удовлетворение сексуальных потребностей и т.д.), работу или продуктивную деятельность (домашние обязанности, получение образования, оплачиваемая или волонтерская работа), досуг (игра, хобби, отдых). В зависимости от целей и задач эрготерапевтического воздействия подбираются виды деятельности и методы. К наиболее часто используемым эрготерапевтическим методам относятся сенсорная интеграция, Бобат-терапия, когнитивно-терапевтические упражнения по Перфетти, метод Фростига, метод Джонстоун, метод Аффолтера и др.

В процессе эрготерапевтического вмешательства у людей с ограничением жизнедеятельности посредством самостоятельного выполнения действий улучшаются и/или восстанавливаются функциональные возможности (двигательные, эмоциональные, когнитивные и психические). При возникновении трудностей эрготерапевт (специалист, использующий

метод эрготерапии) оказывает поддержку, помогает найти выход из каждой конкретной ситуации.

В случае невозможности развития или восстановления утраченных способностей подбираются вспомогательные, адаптационные и технические средства, которыми обучают пользоваться людей с особенностями психофизического развития. Примерами таких вспомогательных средств могут служить: рукоятка-брелок, который позволяет поворачивать ключ в замке, включать и выключать переключатели, поворачивать водопроводный кран; удлинитель руки, помогающий брать удаленные предметы и вещи (конверты, ключи, ножницы, винты); помощник для застегивания; ограничитель для тарелки; вилка и ложка с утолщенной ручкой и т.д.

Условия успешного эрготерапевтического вмешательства. Выделяют следующие условия эффективного эрготерапевтического вмешательства.

1. Целенаправленный характер эрготерапевтического процесса. Формирование социально-бытовых и профессиональных знаний и умений у людей с особенностями психофизического развития должно представлять собой не определенные эпизодические мероприятия, а целенаправленную систему работы. Вначале ее цель - полноценное восприятие человеком необходимых сведений, правильное формирование действий, приемов, операций, затем - разнообразное их закрепление и регулярное применение на практике.

2. Личностно-ориентированный подход к оказанию эрготерапевтической помощи. Метод эрготерапии предполагает партнерство, которое уполномочивает людей с особенностями психофизического развития участвовать в функциональном проявлении своих деятельных ролей в разнообразной внешней среде. При выборе видов деятельности, методов, техник и приемов, а также их вариантов применения (более легкого или усложненного) необходимо учитывать социально-бытовой и профессиональный опыт каждого человека, индивидуальные особенности и возможности. Отбор методов должен быть обоснованным и осуществляться не только с учетом задач очередного этапа эрготерапевтической помощи, но и соответственно запросам и потребностям человека с ограничениями жизнедеятельности.

3. Активная деятельность человека в процессе восприятия и усвоения материала. Активность людей с особенностями психофизического развития на занятиях предусматривает обследование изучаемых предметов, осуществляемое на полисенсорной основе, оперирование предметами, картинками, участие в различных играх (дидактических, сюжетно-ролевых, режиссерских), выполнение разнообразных упражнений, практических работ (рисование, лепка, конструирование и т.д.). Только через активную деятельность человека можно достичь его максимальной степени умения в той или иной области жизнедеятельности. Причем эрготерапевтические усилия и не должны быть направлены на получение одинаковых результатов у всех людей с физическими и/или психическими ограничениями.

4. Положительная мотивация деятельности. Ее можно достичь формированием отношения к деятельности как важной части жизни, лично значимой для человека (его здоровья, внешнего вида, настроения, отношения к нему окружающих) и, следовательно, необходимой для исполнения. Отношение к деятельности во многом зависит от того, достигает ли индивидуум успеха, чувствует ли он себя «умелым». Поэтому формируемые у человека знания и умения должны быть ему доступны, находиться в зоне ближайшего развития.

5. Максимальная наглядность эрготерапевтических занятий. Использование различных средств наглядности (натуральные предметы, изображения, фотографии, схемы, карты-планы, муляжи, игрушки и др.) в сочетании с наблюдениями за реальными объектами, жизненными ситуациями позволят сформировать широкий круг представлений об окружающем мире.

6. Взаимодействие специалиста с родственниками пациента. Это взаимодействие направлено на обеспечение отсроченного во времени повторения пройденного на занятиях материала, расширение и обогащение опыта, формирование умения применять полученные знания в новой ситуации.

Таким образом, метод эрготерапии базируется на идее о том, что люди с особенностями психофизического развития, выполняя связанные с буднями и трудовыми навыками упражнения, путем активных занятий приобретают, восстанавливают или совершенствуют умения и навыки, позволяющие им жить полноценной жизнью. В эрготерапии речь не идет о механическом восстановлении всех функций, а о том, чтобы вовлечь человека в активную деятельность, отвечающую задачам удовлетворения его интересов (бытовых, профессиональных, общественных, личностных), а также помочь ему противодействовать зависимости и изоляции от внешнего мира.

Литература

1. Варенова Т.В. Коррекционно-реабилитационные возможности эрготерапии // Дзэфекталогія. 2001. № 3. - С. 3-19.

2. Информационные материалы ЭРГО-Беларусь, 2003-2004.

3. Розум Л.Г. Социально-бытовая адаптация ребенка с особенностями в развитии. - Мн., 2000.

4. Якимец И.В. Организация эрготерапевтического процесса (на примере клиники SRH Karlsbat-Langensteinbach, Германия) // Современные проблемы физической реабилитации и эрготерапии: Матер. VIII Междунар. науч. сессии «Научное обоснование физического воспитания, спортивной тренировки и подготовки кадров по физической культуре и спорту» / Под ред. Т.Д. Поляковой, М.Д. Панкова. - Мн.: БГУФК, 2005. - С. 28-32.

6.2. Эрготерапия как концепция и метод работы с детьми с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития

Эльке Крамер (Германия)

Светлана Гайдукевич (Беларусь)

Эрготерапия относится к общему комплексу реабилитационных мероприятий. Она назначается врачом и считается лечебным средством. Основным объектом внимания эрготерапевтов являются базовые сенсомоторные функции и способности детей. Эрготерапия назначается детям с нарушениями двигательного аппарата и восприятия, а также с отклонениями, которые возникают на фоне данных базовых нарушений, например, поведенческими (страх, агрессия, защита, пассивность и др.). Эрготерапия чаще всего направлена на профилактику и преодоление следующих явлений:

- двигательное беспокойство;
- нарушения грубой и тонкой моторики;
- отсутствие способности планировать свои движения;
- нарушения координации;
- нарушения способности к обучению;
- неспособность перестраиваться;
- нарушения речи.

Эрготерапевтическое влияние имеет комплексный характер и может проявляться на нескольких уровнях, в частности, на телесном, сенсорном, эмоциональном и когнитивном.

На *телесном уровне* объектом внимания являются:

- активность и самостоятельность ребенка, его способность к спонтанным, самопроизвольным движениям;
- жизненно важные функции организма: дыхание, питание, пищеварение;
- функционирование органов восприятия: глаз, ушей, вестибулярного аппарата, чувствительности кожи, органов обоняния и вкуса;
- координация движений: рука-рот, глаз-рука, рука-нога, а также произвольное применение рук и ног, поворачивание и удержание равновесия при прыжках, беге, подъеме по вертикальной лестнице; умение кататься на велосипеде, играть в футбол и другие игры с мячом;
- рефлексy / реакции;
- оценка и измерение границ своих возможностей.

На *сенсорном уровне* особое внимание обращают на качество ощущений, которое проявляется через такие способности, как:

- ориентация на слух и реагирование в комплексе с деятельностью других органов чувств;
- зрительная ориентация в комплексе с деятельностью рук и туловища;

- восприятие соприкосновений с другими людьми и предметами, правильная реакция на них в соответствии с ситуацией;
 - ощущение вкуса и запаха, наличие адекватной реакции на них.
- На *эмоциональном уровне* в поле зрения в первую очередь попадают способности:

- выражать чувства и потребности, а также адекватно реагировать на происходящее;
 - устанавливать контакт, демонстрировать готовность к диалогу, поддерживать коммуникацию и получать радость от совместной деятельности;
 - действовать мотивированно и креативно;
 - подражать чужому опыту, экспериментировать;
 - обучаться путем проб и ошибок;
 - адекватно реагировать на успехи и неудачи;
 - придерживаться правил и очередности в игре;
 - отражать свое состояние с помощью мимики, жестов, языка тела.
- На *когнитивном уровне* обращают внимание на следующие способности:
- умение внимательно слушать, проявлять заинтересованность в играх;
 - узнавать людей, цвета, формы, ориентироваться в пространстве и времени;
 - опасаться незнакомых;
 - понимать речь в соответствии с возрастом;
 - планировать действия;
 - исследовать предметы, перерабатывать полученную информацию, устанавливать взаимосвязи;
 - концентрироваться, увлекаться каким-либо делом, выполнять поручения;
 - осознавать действия, иметь предпочтения и интересы;
 - задавать вопросы.

Эрготерапевтическое влияние стремится обеспечить взаимодействие всех названных уровней. При наличии такого взаимодействия у ребенка наблюдается радость от совершения движений, от учения и исследования; он в состоянии обнаружить и оценить опасность, самостоятельно решать различные проблемы, завязывать дружеские отношения. Такой ребенок, будучи уверенным в себе, способен быть самостоятельным и независимым.

В процессе эрготерапевтической деятельности могут достигаться следующие цели:

- интеграция ощущений как основа для соответствующего возрасту моторного, сенсорного и когнитивного развития;
- укрепление собственной активности как основа развития самостоятельности в повседневной жизни;
- улучшение интеракции и коммуникации с окружающим миром;

- стабилизация всех базовых функций с целью обеспечения адекватного развития и уменьшения вероятности попадания в опасные ситуации из-за тех или иных нарушений.

Перед эрготерапевтическим вмешательством необходимо оценить состояние ребенка. Это осуществляется при помощи дифференцированного наблюдения за действиями ребенка в свободной игре, а также специальных заданий, выявляющих состояние моторных функций, деятельности на сенсорном и когнитивном уровне, а также адекватность реагирования на разнообразные ситуации. При проведении оценочных процедур обязательно учитывается индивидуальная психосоциальная ситуация конкретного ребенка.

В зависимости от уровня развития и индивидуального состояния ребенка используются различные эрготерапевтические концепции и методы. Среди них наиболее широкое распространение в практике работы с детьми с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития получили следующие:

- концепция сопровождаемого движения по Ф. Аффолтеру;
- концепция сенсорной интеграции по Д. Айрес;
- концепция нейрофизиологического движения по К. Бобату и Б. Бобат.

При эрготерапевтическом воздействии основной акцент делается на развитие и укрепление сенсомоторных функций. При этом обеспечивается влияние на видимые отклонения и симптомы другими «сильными» сторонами психофизического состояния ребенка. В качестве основополагающей рассматривается идея о том, что главным в его развитии является движение, которое тесно взаимосвязано с различными областями психики. Оно помогает лучше ощущать и воспринимать, взаимодействует с внутренним состоянием человека, поднимает настроение и усиливает бодрость. При этом немаловажное значение имеет и обратный процесс: все ощущения и восприятия вызывают движение, любые чувства также выражаются с помощью движений, что способствует активному развитию двигательных функций. Следовательно, в основе эрготерапии - движение, но она не стремится тренировать какие-либо отдельные двигательные функции, ее основная задача - обеспечить стимулы для появления у ребенка потребности двигаться. В процессе эрготерапевтического влияния мы стремимся пробудить любопытство ребенка, создать условия для проявления им интереса к объектам окружающего мира и действиям с ними.

Эрготерапия требует тщательного подбора объектов и видов деятельности с учетом развития каждого ребенка. Она может осуществляться с применением разнообразных материалов, игрушек, предметов обихода, при этом взаимодействие с ребенком может быть организовано с помощью игры или специальных упражнений-заданий. Очень важно помочь ребенку увидеть и реализовать в этой деятельности собственную цель, а не представления взрослых о том, к чему он должен стремиться в данной ситуации. Необходимо варьировать условия работы с ребенком и тем самым избегать

откровенной дрессировки. Следует помнить об особенностях восприятия детей и предоставлять им достаточное количество времени на выработку ответной реакции, принятие собственного решения и выполнение соответствующего действия. Речь специалистов, сопровождающая взаимодействие, должна быть дозированной и умеренной, нужно стремиться избегать «непрерывного потока» слов. Очень важно создавать условия, при которых ребенок может почувствовать и оценить успех своей деятельности.

Таким образом, эрготерапевтическое воздействие - это в большей мере не прямое, а опосредованное влияние на ребенка, сущность которого очень точно раскрывает высказывание Ф. Аффолтера: «Руки должны вести, а не манипулировать, руки должны поддерживать, а не держать».

6.3. Характеристика основных концепций эрготерапии

6.3.1. Концепция сенсорной интеграции по Д. Айрес

6.3.1.1. Понятие о сенсорной интеграции

Эльке Крамер (Германия)

Сенсорная интеграция, этапы ее становления. Сенсорная интеграция - характеристика психического развития, отражающая взаимосвязь и взаимовлияние органов чувств. Она формируется в определенной последовательности, при этом каждый уровень сенсорной интеграции базируется на предыдущем.

Сначала нужно почувствовать и узнать собственное тело, т.е. достичь определенного уровня самовосприятия. Затем, наряду с ощущением собственного тела необходимо приобрести ощущение окружающего мира. Самовосприятие и восприятие внешнего мира составляют основу сенсорной интеграции.

Сенсорная интеграция и этапы ее становления представлены на рис. 6.1.

Самовосприятие ассоциируется с корнями дерева, которые обеспечивают ему устойчивость. Корни - это кожа, внутренние органы, мышцы, суставы и органы, контролирующие равновесие. Кожа является самым крупным и наиболее важным органом чувств. Ее площадь составляет от 1 до 2 м². Кожа содержит большое количество рецепторов (примерно 250 на 1 см²), с помощью которых она получает информацию о форме и границах тела. Мышцы и суставы вместе с внутренними органами сообщают информацию о положении и движениях тела. Органы равновесия посредством ощущения силы тяжести связывают тело с окружающим пространством. В

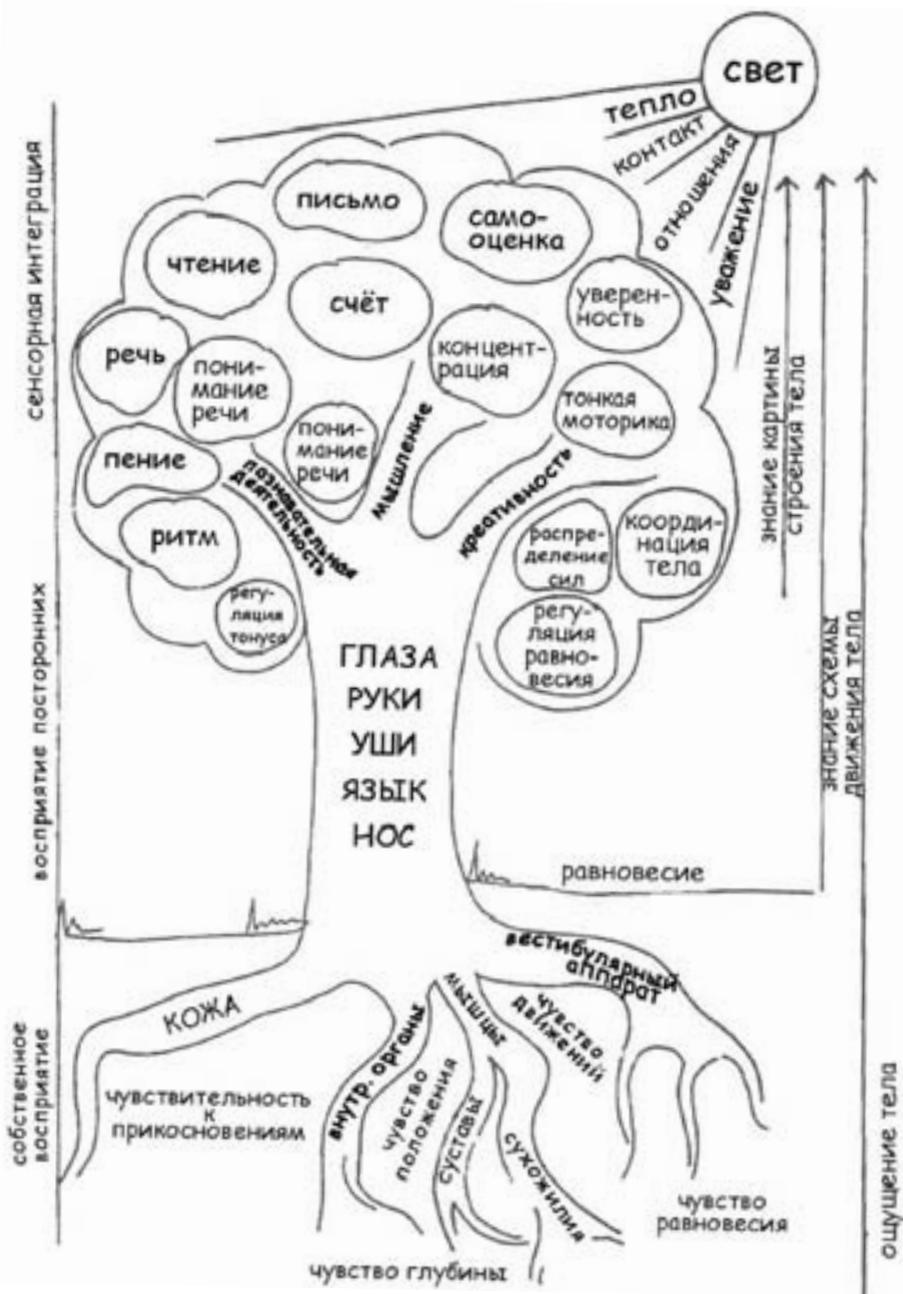


Рис. 6.1

результате возникает уверенность и устойчивость при ходьбе, неподвижном состоянии и всех других положениях тела. Таким образом, самовосприятие является основой для интеграции сигналов, воспринимаемых извне, а также предпосылкой для последующего самовыражения человека.

Восприятие окружающего мира символизирует ствол дерева. Ствол - это нос, язык, уши, руки и глаза. Мы нуждаемся в информации об окружающих нас людях и предметах, и ее нам передают наши органы чувств. Только получив данную информацию, мы можем сохранить ее у себя в сознании как основу для ориентирования в окружающем мире. Таким образом, при помощи обоняния, осязания, ощущения вкуса, зрения и слуха мы постигаем и «завоевываем» то, что находится вне нас.

Сенсорная интеграция соотносится с ветвями дерева. Ветви означают способности человека выполнять те или иные действия, а также дают информацию о характере этих действий (осознанность, креативность). Навыки как результат успешной сенсорной интеграции символизируются плодами. Плоды - это концентрация и способность выполнять несколько задач одновременно, регуляция тонуса и равновесия, координация положения тела и движений, распределение силы и мелкая моторика, понимание слов и речи, ритм и мелодика, чтение, письмо, счет, самооценка, уверенность в себе. Плоды являются результатом роста и зрелости, они определяются мыслительной деятельностью (питание) и любовью (солнце).

Таким образом, по мнению Р. Шарфген (R. Scharfgen), сенсорная интеграция обеспечивает:

- активное восприятие (перцепцию);
- эмоциональное участие (эмоции);
- мотивацию деятельности (эмоции);
- планирование действий (осознание);
- совершение действий (осознание).

Сенсорная интеграция используется при появлении симптомов нарушения сенсомоторного развития. У детей с тяжелыми и (или) множественными нарушениями чаще всего имеют место следующие симптомы:

- отсутствие или недостаточность зрительного контакта;
- отсутствие или неадекватность реакции на звуки;
- отсутствие поворотов головы в соответствующую сторону при возникновении звука;
- трудности при питье и глотании;
- отсутствие или недостаточность контроля в системе «голова-туловище»;
- неправильное положение головы

Кроме того, сенсорная интеграция рекомендуется при следующих состояниях: низкая двигательная активность, асимметричность, отсутствие проприоцептивной информации.

Низкая двигательная активность связана с нарушением мускульного тонуса:

- при гипотоническом мускульном тонеусе ребенок выскальзывает из рук, у него наблюдаются трудности с удержанием равновесия;
- при гипертоническом мускульном тонеусе ребенок мало отдыхает, и его тонеус не нормализуется.

Асимметричность характеризуется такими явлениями, как:

- одностороннее движение головы и глаз;
- наличие движений только на одной стороне тела или только одной конечностью;
- в движениях участвуют не все суставы;
- стереотипные положения тела и стереотипные движения.

Отсутствие проприоцептивной информации сопровождается следующими проявлениями:

- отсутствие и недостаточность опоры на запястье (дисфункция трицепса);
- отсутствие касания земли стопой (недостаточное вытяжение дорсальных (тыльных) и диагональных мышц ног);
- защитные реакции, направленные на предотвращение контакта.

Успешность использования метода сенсорной интеграции обеспечивается выполнением целого ряда *требований*, среди которых необходимо отметить следующие:

- создание для ребенка атмосферы доверия и уверенности в себе;
- наличие оптимистической установки по отношению к нему типа «ребенок может»;
- опора на самую ярко выраженную способность ребенка;
- диагностика и выявление у ребенка трех наиболее актуальных проблем;
- взаимодействие с ним в соответствии с поставленными целями (не более трех);
- тесное взаимодействие не только с ребенком, но и его родителями, воспитателями и другими близкими людьми;
- перенос терапевтических приемов в повседневную жизнь ребенка и их активная реализация с помощью его родных и близких.

6.3.1.2. Обеспечение сенсорной интеграции в коррекционно-развивающей работе с детьми с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития Инна Миненкова (Беларусь)

Восприятие сигналов из внешнего мира и внутренней среды организма формируется на основе совместной деятельности ряда сенсорных систем: зрительной, слуховой, тактильной, проприоцептивной, вестибулярной, вкусовой и обонятельной. Многоканальный характер восприятия позволяет человеку использовать несколько органов чувств одновременно.

но: ощущения различных модальностей в результате сложной аналитико-синтетической деятельности мозга объединяются в целостный образ предмета (явления, ситуации) и интерпретируются в соответствии с прежним сенсорным опытом. Например, при условии нормального развития ребенок способен видеть какой-либо предмет, одновременно с этим ощупывать его, слышать название и понимать, о чем идет речь. Восприятие информации, одновременно поступающей по нескольким чувственным каналам, и объединение этой информации в единое целое называется сенсорной интеграцией.

Многие проблемы обучения и поведения детей с тяжелыми и (или) множественными нарушениями физического и (или) психического развития являются результатом искажения процесса восприятия сенсорной информации. Для них характерна неспособность интегрировать сенсорную информацию, поступающую от различных органов чувств, для того чтобы получить точную картину реального окружения. Например, некоторые дети не могут понять, что им говорят, если к ним в это же время прикасаются: они либо понимают, что им говорят, но не чувствуют прикосновения, либо чувствуют прикосновение, но не понимают, о чем идет речь (Д. Вильямс). В данной ситуации мы имеем дело с дисфункцией сенсорной интеграции, или нарушением процесса переработки информации, поступающей от органов чувств. Люди с дисфункцией сенсорной интеграции имеют моноканальный характер восприятия: они вычлениают из широкого спектра сенсорных сигналов отдельные, аффективно значимые для них раздражители (цвет, форму, звуки, запахи и пр.), поэтому окружающий мир выступает для них как хаотичный и раздробленный.

Дисфункция сенсорной интеграции вызвана двумя основными причинами (Л.А. Хоекман): 1) ребенок получает слишком много чувственной информации, его мозг перегружен; 2) ребенок не получает достаточного количества чувственной информации, он начинает ее «жаждать». В первом случае свойственна повышенная чувствительность к сенсорным стимулам, проявляющаяся как непереносимость ярких цветов, бытовых шумов, неприятие зрительного, тактильного контактов, боязнь запахов, высоты, осторожность в движениях и т.д. Чтобы избежать дискомфортных впечатлений, ребенок пытается оградить себя от направленных воздействий, выстраивая систему пассивных (отрешенность) или активных (сопротивление) защит от внешнего вмешательства и формируя отрицательную избирательность к сенсорным стимулам: в центре его внимания оказывается то, что он не любит, не принимает, боится. Во втором случае, при дефиците активных положительных контактов с окружающей действительностью, имеет место снижение чувствительности к сенсорным раздражителям. У ребенка наблюдается особая захваченность отдельными стимулирующими впечатлениями, связанными с рассматриванием, соприкосновением, изменением положения тела в пространстве, ощущением своих мышеч-

ных связок и суставов. Это могут быть однообразные манипуляции с предметами, взмахи рук, застывания в определенных странных позах, избирательное напряжение отдельных мышц и суставов, бег по кругу, прыжки, кружение, раскачивание с целью воспроизведения одного и того же приятного впечатления. Таким образом, дисфункция сенсорной интеграции проявляется через ограничения поведенческого спектра: гиперфункция - в виде сенсорных защит, гипофункция - в виде сенсорной аутостимуляции.

Основой диагностики дисфункции сенсорной интеграции является наблюдение за поведением ребенка, которое осуществляется либо непосредственно, либо опосредованно с помощью опроса его ближайшего окружения. В таблице представлена базовая информация о возможных формах проблемного поведения, свидетельствующих об особенностях развития сенсорной интеграции: ее гипер- или гипофункции.

Обычно дисфункция сенсорной интеграции проявляется в дефицитности нескольких сенсорных систем, поскольку они взаимосвязаны, и нарушения одной приводят к проблемам в развитии других. Причем каждая сенсорная система может быть поражена различно, например, ребенок имеет гипочувствительность к зрительным, обонятельным, вкусовым раздражителям и гиперчувствительность к слуховым, тактильным стимулам.

Сенсорные системы	Проблемы поведения	
	Высокая чувствительность к сенсорным стимулам	Низкая чувствительность к сенсорным стимулам
Зрительная сенсорная система отражает следующие физические характеристики окружающего мира: освещенность, цвет, форма, величина, объемность, удаленность, движение объектов, протяженность и глубина пространства, воздушная и линейная перспектива	Избегание зрительного контакта, боязнь яркого света, большого количества людей, неприятие ярких игрушек, человеческого лица, неподвижный взгляд в одну точку или взгляд сквозь объект, стремление к темноте, недостаток интереса к картинкам, книгам, телевидению	Вращение пальцами, предметами перед глазами, рассматривание предметов вблизи от глаз, надавливание на глазные яблоки, зачарованность цветом или рисунком
Слуховая сенсорная система позволяет дифференцировать звуки по высоте, громкости, тембру, определять направление источника звука и расстояние до него, продолжительность звучания	Непереносимость бытовых шумов, отсутствие реакции на собственное имя, на производимые звуки, стремление закрывать уши, предпочтение тихих звуков, отрицательная реакция на музыку	Визг, жужжание, скрежет зубами, кричтение, хлопки в ладоши, постукивание карандашом, кончиками пальцев, шелест страницами книг, сминание и разрывание бумаги, увлеченность слушанием музыки, эхоталии

<p>Тактильная сенсорная система обеспечивает восприятие давления, прикосновения, вибрации, температуры, боли</p>	<p>Непереносимость прикосновений, нежелание обнажать кожу, прикасаться к незнакомым вещам и текстурам, пачкать руки, отказ носить одежду из определенной ткани, беспокойство от ярлычков на воротнике, изнаночных швов, уклонение от купания и умывания, болезненные ощущения от малейших царапин, ходьба на носках (чтобы уменьшить контакт ступни с полом), негативная реакция на ходьбу босиком, дискомфорт при причесывании или стрижке</p>	<p>Слабая реакция на боль и холод, нанесение себе повреждений (царапанье, щипание, укусы собственного тела, повторяющиеся удары по голове), желание трогать все и всех, прикосновения к себе (стремление тереть волосы, щелкать пальцами, потирать ладони или грызть ногти), привязанность к необычным по текстуре вещам, удовольствие от разрывания бумаги, расслоения ткани, пересыпания круп</p>
<p>Проприоцептивная сенсорная система обеспечивает мышечно-суставное чувство, с помощью которого контролируется положение тела в пространстве и взаиморасположение его частей, осуществляется управление собственными движениями</p>	<p>Малая интенсивность, скованность и неуверенность движений, трудности при удержании позы, избегание самых обычных физических действий, недостаточное приложение силы</p>	<p>Гиперактивность и порывистость движений, избирательное напряжение отдельных мышц и суставов, застывание в определенной позе, надавливание на части тела, удары головой, чрезмерное приложение силы</p>
<p>Вестибулярная сенсорная система обеспечивает восприятие информации о положении и перемещениях тела в пространстве, позволяет сохранять динамическое равновесие тела как в состоянии покоя, так и при движении в трех основных плоскостях</p>	<p>Боязнь высоты, непереносимость изменения положения тела в пространстве, скованность и осторожность в движениях, избегание лишних движений, вращательных движений</p>	<p>Вращение, раскачивание, ерзанье, взмахи руками, прыжки, ходьба «по кругу» или от стены к стене, карабканье по мебели, перепрыгивание со стула на стул, балансировка</p>
<p>Вкусовая сенсорная система несет информацию о характере и о концентрации веществ, поступающих в ротовую полость</p>	<p>Судорожное зажимание рта, приверженность к определенным продуктам и неприятие других, отказ от приема пищи хрустящей, липкой, мягкой текстуры, предпочтение пищи определенной температуры</p>	<p>Всеядность, привязанность к острой или пригорной пище, стремление сосать и есть несъедобное, неаккуратность при еде</p>
<p>Обонятельная сенсорная система предназначена для восприятия информации о веществах, соприкасающихся со слизистой оболочкой носовой полости</p>	<p>Боязнь запахов, головокружение и тошнота от запахов</p>	<p>Постоянное обнюхивание предметов и людей, привязанность к резким и неприятным запахам</p>

Очевидно, что дети с дисфункцией сенсорной интеграции не могут самостоятельно справиться с перечисленными проблемами. Для их профилактики и преодоления используются специальные коррекционно-педагогические мероприятия, направленные на улучшение интеграции между различными сенсорными системами. Основной идеей коррекционно-педагогической работы в данном направлении является положение о том, что изменение чувствительности к раздражителям одной модальности позволяет оптимизировать деятельность других сенсорных систем. Это означает, что, воздействуя определенным образом на какую-либо из сенсорных систем, можно вызвать позитивные изменения и во всех остальных. Например, искусственная стимуляция чувства пространственного положения тела способствует снижению тактильной чувствительности. Поэтому перед тем, как перейти к упражнениям, связанным с прикосновениями или использованием материалов, которые обычно приносят детям ощущение дискомфорта, полезно прыгать, танцевать или раскачиваться (И. Эллнеби). Ребенок, который с трудом переносит вестибулярную стимуляцию, должен получать больше тактильных и проприоцептивных впечатлений. Следует также отметить, что дети с гипер- и гиподисфункцией сенсорной интеграции нуждаются в одной и той же стимуляции, несмотря на разные реакции, которые вызывают у них раздражители. Например, ребенок с тактильной защитой нуждается в телесном контакте даже больше, чем другие, так как испытывает затруднения с его получением. Во взаимодействии с ним используются уверенные интенсивные прикосновения, мягкие непрерывные нажатия, касания различными материалами или предметами. Ребенка, который испытывает неприязнь к движению, можно раскачивать на качелях или в гамаке, держа на коленях, завернув в одеяло, чтобы создать ощущение защищенности и надежности. Задача педагога заключается в создании специальных условий, облегчающих восприятие окружающих объектов и продуктивное взаимодействие с ними. Следует внимательно наблюдать за ребенком и предоставить ему выбор занятий и объектов, которые удовлетворяют его нужды и интересы.

В последние десятилетия во многих странах прочное место в коррекционно-педагогической работе с детьми с тяжелыми и (или) множественными нарушениями физического и (или) психического развития заняла терапия сенсорной интеграции. Этот метод разработан американским трудотерапевтом Джин Айрес (Jean Ayres, 1923-1988) и направлен на стимуляцию работы органов чувств в условиях координации различных сенсорных систем. Он также используется в работе с детьми, имеющими трудности в обучении, гиперактивность; в лечении неврологических и дементных взрослых больных. Терапия сенсорной интеграции предполагает воздействие на ребенка чувственных стимулов в контролируемой среде. Особое внимание уделяется синтезу ощущений, идущих от различных сенсорных систем. В совместной деятельности различных сенсорных систем имеется объективный порядок постоянных взаимосвязей, который включает в себя три основные «цепочки»: 1) тактильная - проприоцептивная - вестибулярная - зрительная,

2) тактильная - слуховая - зрительная, 3) тактильная - вкусовая - обонятельная - зрительная. Генетическим началом этих цепей являются тактильные функции, а их общим эффектом - зрительное восприятие.

Зрительная сенсорная система выступает как преобразователь и интегратор всего чувственного опыта человека. Определенный порядок интегрирования сенсорных впечатлений позволяет педагогу подбирать оптимальные комплексы стимульного воздействия на ребенка. Основная идея терапии сенсорной интеграции: впечатления собственного тела (тактильные, проприоцептивные, вестибулярные) являются базой для приобретения и накопления сенсорного опыта, развития личности в целом. Это положение обусловлено онтогенезом развития сенсорных систем. Тактильная, проприоцептивная, вестибулярная сенсорные системы формируются практически полностью до рождения. Другие (зрительная, слуховая, обонятельная, вкусовая) развиваются на их основе значительно позже. Поэтому терапия сенсорной интеграции направлена, прежде всего, на развитие взаимодействия между тактильной, проприоцептивной и вестибулярной сенсорными системами как предпосылки для формирования других чувств. Педагогическую работу в данном направлении можно проиллюстрировать комплексом специальных упражнений. Важно, чтобы при выполнении упражнений было как можно меньше принуждения. Ребенок не должен испытывать даже кратковременного стресса, поэтому лучше начинать с таких воздействий, которые он хорошо переносит, постепенно переходя к менее приятным для него.

Примерный комплекс специальных упражнений, направленных на улучшение интеграции между тактильной, проприоцептивной и вестибулярной сенсорными системами:

- изменение положения тела с помощью поворотов;
- обведение контура тела массажным мячиком;
- обведение контура тела (ладони, стопы) на бумаге;
- растирание поверхности тела тканями различной текстуры;
- рисование на спине тактильными ладошками;
- прикосновение и надавливание предметами различной формы, температуры;
- вращение по кругу;
- раскачивание на качелях или в гамаке;
- перекачивание со спины на живот;
- заворачивание в ковер, одеяло, тяжелые ткани, рулон бумаги;
- пролезание в ограниченное пространство;
- толкание тяжелых предметов;
- растягивание эластичных лент;
- балансирование на гимнастических мячах;
- катание на животе на роликовой доске;
- ползание (ходьба, бег) по неровной, наклонной, ограниченной, неустойчивой поверхности;

- прохождение лабиринтов, преодоление препятствий;
- лазание по тренажерным стенкам;
- прыжки на мате, матрасе, батуте, в мешке, через скакалку;
- перетягивание каната;
- движения под музыку, пение песен с движениями;
- подражание позам и очередности движений;
- работа с пластичными материалами (тесто, пластилин, глина, гипс).

Способность к сенсорной интеграции позволяет ребенку с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития синтезировать целостную картину окружающего мира и адекватно взаимодействовать с ним. Ее дисфункция приводит к деформации поведения (самозащите или аутоstimуляции), провоцирует возникновение трудностей при организации активных и гибких отношений со средой. Терапия сенсорной интеграции позволяет нормализовать чувствительность ребенка и оказать ему помощь в переработке сенсорной информации.

Литература

1. Азбука для родителей. Движение, игра и спорт вместе с детьми, страдающими умственной неполноценностью. Мн.: БелАПДИ - «Открытые двери», 1996.

2. Варенова Т.В. Теория и практика коррекционной педагогики. Мн., 2003.

3. Эльнебю И. Без твоего прикосновения я умру... Значение тактильной стимуляции для развития детей. Мн.: Белорусский Экзархат - Белорусской православной церкви, 1999.

4. Элленбю И. Право детей на развитие. Мн.: БелАПДИ - «Открытые двери», 1997.

6.3.2. Концепция нейрофизиологического движения по К. Бобату и Б. Бобат Эльке Крамер (Германия)

6.3.2.1. Понятие о Бобат-терапии

Начало разработки концепции Бобат было положено в 1943 г. во время лечения раненого пациента, который страдал гемиплегией. Активные наблюдения за ним показали, что существует возможность контролировать свою спастичность, если создавать препятствия совершать спастические движения. Это позволило Бобатам высказать предположение о том, что проблема спастичности определяется не столько спастичными мышцами, сколько ненормальными двигательными стереотипами с присутствием гипертонуса.

Берта Бобат предприняла попытку воспрепятствовать проявлению данных двигательных стереотипов. Вместе с Карелом Бобатом она нашла способ оказывать влияние на центральную нервную систему извне, путем изменения положения тела клиента, т.е. сенсомоторным методом. Б. Бобат помещала своих пациентов в такие исходные положения, при которых сковывались все рефлекторные движения. Чтобы препятствовать возникновению ненормальных (нежелательных) движений или ненормального положения тела, она удерживала пациентов в таком исходном положении до тех пор, пока спастичность не уменьшалась. Из такого статичного, сковывающего рефлекторные движения исходного положения больной мог совершать спонтанные и нормальные движения. Подобная терапия приносила пользу только при легких формах заболевания, а также при работе с маленькими детьми. У людей с тяжелыми нарушениями при совершении спонтанных движений ненормальные двигательные стереотипы возвращались.

Дальнейшая работа над данной проблемой привела Бобатов к изучению реакций, отвечающих за положение и равновесие тела. Эти реакции контролируют положение головы, вращательные движения, ориентацию головы, тела и конечностей. Бобаты установили, что при нормальном развитии в первые месяцы жизни человека имеет место влияние примитивных тонических рефлексов, которые впоследствии постепенно исчезают и сменяются реакцией, отвечающей за положение тела. Эта реакция, в свою очередь, в дальнейшем интегрируется в реакции, отвечающие за равновесие тела, и произвольные движения. Таким образом, по мнению Бобатов основной целью в борьбе со спастичностью является развитие основополагающих автоматических реакций положения и равновесия. Однако из статичного исходного положения, сковывающего рефлекторные движения, было невозможно развивать эти рефлексы.

Со временем у Бобатов появилась идея о том, как можно решить эту проблему. Суть идеи состояла в следующем: необходимо пытаться развивать реакции положения и равновесия, воздействуя на так называемые «ключевые точки» и контролируя при этом ненормальные двигательные стереотипы. Это означает, что на ребенка можно воздействовать из этих ключевых точек и таким образом активно стимулировать проявление желаемых автоматических реакций. Такими ключевыми точками, по мнению авторов концепции, являются: голова, затылок, плечевой пояс, туловище и талия. С этого момента статическое воздействие стало динамическим с элементами контроля.

Бобат-концепция базируется на двух фундаментальных принципах: нейрофизиологическом и целостности. Нейрофизиологический принцип устанавливает, что отклоняющиеся от нормы стереотипы положения тела и двигательные стереотипы тесно взаимосвязаны с отклоняющимся от нормы тонусом, так же как и нормальные двигательные стереотипы связаны с нормальным тонусом. При этом нормальные движения, которые прививаются ребенку во время проведения корректирующих мероприя-

тий, способствуют нормализации его тонуса. Движения больного церебральным параличом не исправляются, и он не обучается им заново, ему прививаются двигательные ощущения, максимально приближенные к движениям, выполняемым в реальной жизни, и таким образом пациент приобретает необходимый ему сенсомоторный опыт. Например, при помощи специальных терапевтических мероприятий, развивающих технику приема пищи и питья, дыхания и голоса, можно передать больному положительный сенсомоторный опыт в этих сферах, создать тем самым предпосылки для развития более понятной речи и воспрепятствовать возникновению тяжелых нарушений голоса и артикуляции. Согласно принципу целостности пациент рассматривается как единое целое. При этом именно моторика имеет центральное значение для его целостного развития. Она обеспечивает общую координацию, когда положение тела и его движения образуют единое целое. Простые движения образуют двигательные комплексы, в управлении которыми участвуют высшие уровни моторного контроля. Воздействие же на общую моторику ведет к улучшению контроля над отдельными движениями и положениями.

В процессе Бобат-терапии решается целый комплекс задач:

- выявление моторных возможностей человека, их тренировка, закрепление и стимулирование;
- противодействие проявлению патологических стереотипных положений и движений;
- препятствие возникновению контрактур и деформаций;
- развитие нормальных сенсомоторных навыков прежде, чем отклоняющиеся от нормы поведенческие стереотипы войдут в привычку.

Среди основных положений Бобат-терапии особого внимания заслуживают следующие:

- 1) стимулирование активных автоматических двигательных реакций (при помощи пассивных движений ничему научиться нельзя);
- 2) терпеливое ожидание реакций со стороны ребенка;
- 3) постоянное приспособление терапии к актуальному состоянию и реакциям ребенка, использование вариативных техник взаимодействия;
- 4) учет имеющихся у ребенка проблем в развитии, ненормальных реакций, дополнительных отклонений и нарушений перцепции, умственного развития, социальной интеграции, а также влияния этой интеграции на его повседневную жизнь и активность;
- 5) постепенное ослабление контроля с целью повышения самостоятельной активности ребенка.

Реализация Бобат-терапии возможна благодаря пластичности человеческого мозга, т.е. способности обучаться на протяжении всей жизни, несмотря на повреждение центральной нервной системы. Мозг обучается посредством раздражителей, поступающих из окружающей среды и от собственного тела.

Бобат-терапия активно применяется при работе с детьми, имеющими церебральные нарушения двигательного аппарата. Она является наиболее признанным методом воздействия на двигательные функции на нейрофизиологическом уровне. При этом ее основная прикладная сущность хорошо определена самими авторами: «Для ребенка нет пользы, если мы помогаем ему рукой, искусство состоит не в том, чтобы поддерживать его рукой, а в том, чтобы убрать руку в нужный момент».

6.3.2.2. Использование Бобат-терапии при детском церебральном параличе

Общие рекомендации по организации взаимодействия с детьми, имеющими церебральный паралич. Использование приемов Бобат-терапии в повседневном взаимодействии с ребенком предполагает умение замечать и понимать причины его двигательных трудностей, выполнять специальные действия, направленные на сдерживание и увеличение мышечного тонуса, осознавать, как с помощью «ключевых точек» можно изменить неадекватные реакции и позы ребенка. Высокая эффективность данного взаимодействия может быть достигнута при условии соблюдения определенных правил (запрещающих и разрешающих). Практическая реализация этих правил позволяет избегать ситуаций, провоцирующих у ребенка усиление спастичности, а также способствует закреплению двигательных ощущений, адекватных выполняемым движениям.

Первоочередного внимания заслуживают правила ухода за ребенком, имеющим церебральный паралич.

	<p>При запрокидывании головы нужно положить руки по обеим сторонам головы и потянуть ее вверх, удлиняя ребенку шею. Одновременно предплечья взрослого фиксируют плечи ребенка путем надавливания сверху вниз</p>
	<p>При отводе плеч и рук ребенка назад в положении сидя необходимо положить свое предплечье на его шею у основания черепа. При этом ваша рука контролирует плечи ребенка и, прижимая их книзу, позволяет добиваться наклона вперед</p>

	<p>Чтобы разогнуть руки ребенка, следует взять их за плечи с внешней стороны, чуть выше локтей, и одним движением, поднимая вверх и притягивая ребенка к себе, повернуть их наружу. Это позволяет ребенку поднять голову, выпрямить спину и согнуть ноги в тазобедренных суставах</p>
	<p>Чтобы выпрямить руки ребенка, необходимо взяться за суставы и одним движением повернуть их наружу и потянуть на себя</p>
	<p>Чтобы выпрямить запястье и раскрыть ладонь ребенка, необходимо одним движением поднять его руку, выпрямляя и разворачивая ее в плече и локте. Когда рука поднята, а плечо и локоть выпрямлены и повернуты наружу, ребенку легче выпрямить запястье и разогнуть пальцы</p>
	<p>Когда ноги ребенка согнуты в бедрах и разведены, легче одевать ему носки и ботинки</p>
	<p>Чтобы раздвинуть ноги ребенка в положении лежа, необходимо развернуть их наружу, удерживая бедра над коленными суставами</p>

Приемы подъема ребенка из положения «лежа на спине»

- Правую руку следует подложить под левое плечо ребенка, протянув ее со стороны ног. Левая рука обхватывает правое предплечье ближе к плечу. Затем нужно повернуть ребенка на сторону и поднять. Таким

образом, у него есть возможность держать голову прямо.

- Руки охватывают грудную клетку ребенка с обеих сторон, поворачивают на бок и поднимают. При этом у ребенка должна сохраняться возможность опираться одной рукой и держать голову прямо.
- Держа за руки, следует привести ребенка в положение сидя. При этом у него должна сохраняться возможность опираться одной рукой. Затем ребенка поднимают для переноса.

Чтобы положить ребенка обратно на спину, следует совершить вышеописанные действия в обратном порядке.

Приемы переноса ребенка

- Спина ребенка прижата к животу взрослого. Одна рука взрослого поддерживает ребенка под согнутые бедра, вторая – лежит свободно на груди. Держа ребенка в таком положении, можно препятствовать запрокидыванию головы и выпрямлению ног.
- Ребенок переносится, находясь в положении на боку. Спина его прижата к груди взрослого. Одна рука проходит через ноги и придерживает за таз, другая – придерживает за подмышечную впадину. Ребенок должен самостоятельно держать голову.
- Спина ребенка прижата к животу взрослого, который охватывает руки и колени ребенка с внешней стороны. Таким образом, он как бы сидит на корточках. Распределяя вес, ребенок удерживает вертикальное положение.
- Спина ребенка прижата к животу взрослого. Руки охватывают бедра с внутренней стороны и раздвигают их. Такое положение препятствует вытягиванию ног и облегчает удерживание головы в прямом положении.
- Ребенок сидит на коленях у взрослого, раздвинув ноги. Одна рука взрослого придерживает его за спину. Руки ребенка находятся спереди. Неправильно, если ребенок запрокидывает голову и отводит плечи назад.

Приемы обращения с детьми в повседневных ситуациях

1. Избегать положения взаимодействия, когда взрослый находится выше ребенка (рис. 6.1,а). Подобная ситуация способствует появлению патологической позы: ноги скрещиваются, появляется асимметрический тонический рефлекс затылка, тело соскальзывает вперед и чрезмерно разгибается.

2. При взаимодействии с сидящим ребенком необходимо находиться с ним на одном уровне, садиться на низкий стул или специальную скамеечку, обеспечивая контакт «глаза в глаза» (рис. 6.1,б). Необходимо следить за правильной позой ребенка: ступни его стоят ровно (полностью на полу или каком-либо основании), посадка глубокая (тело максимально приближено к спинке, не допускаем соскальзывания вперед), плечи немного

наклонены вперед, руки и ладони расположены в направлении колен.

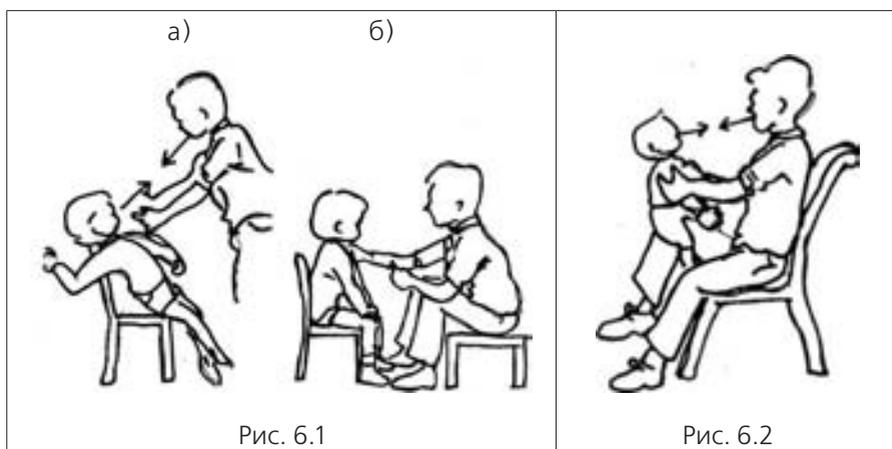
3. Взаимодействие с маленьким ребенком желательно осуществлять, присаживая его себе на бедро (рис. 6.2). При этом руки взрослого охватывают лопатки ребенка и слегка притягивают их по направлению к себе. Подобная поза предотвращает спазм приводящих мышц и обеспечивает хороший зрительный контакт.

4. Не следует ребенку с гемипарезом подавать игрушку в направлении непораженной стороны его тела. Подобная ситуация вызывает патологическую позу (рис. 6.3): рука сгибается в локте, большой палец сгибается (в кулак), ступня ставится на носок.

5. Ребенку с гемипарезом предлагают брать предмет, который находится прямо перед ним или даже немного ближе к пораженной стороне его тела (рис. 6.4). При этом желательно, чтобы предмет был достаточно большим и его нужно было бы брать обеими руками (большой мяч, большая машина).

6. Игры, сидя на полу, в наклоненной позе нежелательны для ребенка с гемипарезом (рис. 6.5). Ребенок старается сидеть на непораженной ноге, а пораженная нога выворачивается внутрь в бедре и в колене. При этом оказывается нежелательное давление на внутреннюю сторону стопы. Пораженная сторона его тела наклоняется, плечо вытягивается вниз и назад, что приводит к невозможности действовать обеими кистями.

7. Игры и деятельность ребенка с гемипарезом желательно организовывать в позе на коленях (рис. 6.6). Коленям нужно обеспечить симметричную позицию: бедра вытянуты, вес распределен на обе ноги. Сами действия необходимо производить на приподнятой плоскости (скамейка, стол, подиум и т.д.), при этом предплечье пораженной руки обязательно должно лежать на столе.



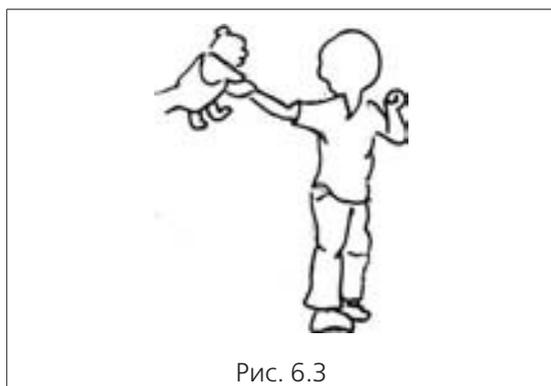


Рис. 6.3



Рис. 6.4

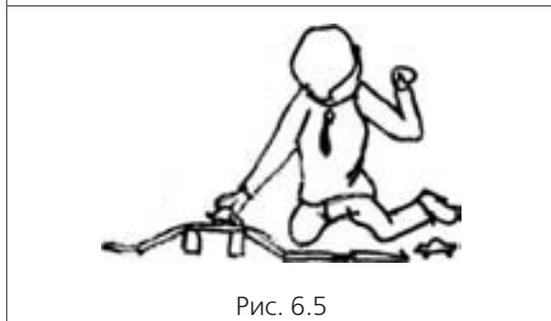


Рис. 6.5

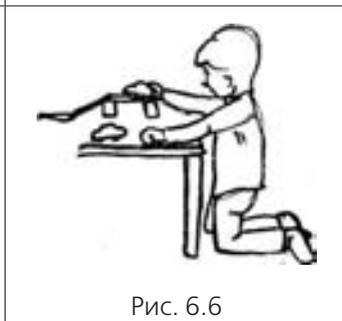


Рис. 6.6

Ременные крепления:

- подтяжки и пояс для груди (рис. 6.7, а, б) особенно подходят для детей с гипотонусом, они предотвращают падение вперед;
- жилет (рис. 6.7, в) имеет широкие держатели, прикрепляется непосредственно к стулу, шьется индивидуально для ребенка.

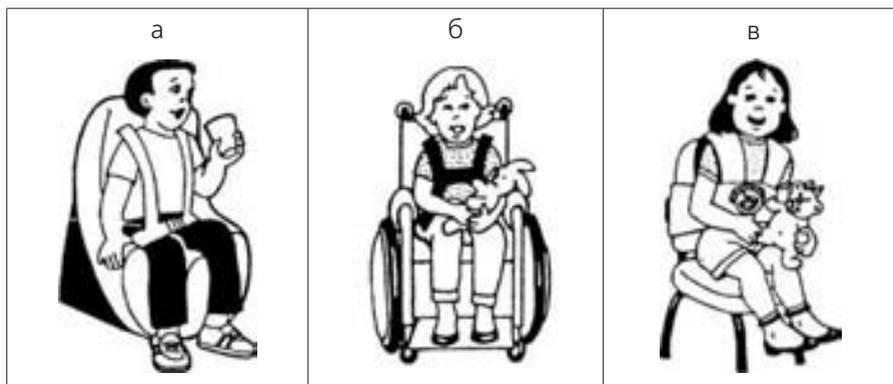


Рис. 6.7

Подголовники:

- подголовник охватывает голову и предотвращает ее запрокидывание назад и набок (рис. 6.8, а, б);
- подголовник предотвращает запрокидывание головы вправо или влево (рис. 6.8, в);
- голова удерживается широким поясом из ленты, прикрепленного к хорошо зафиксированному подголовнику (рис. 6.8, г);

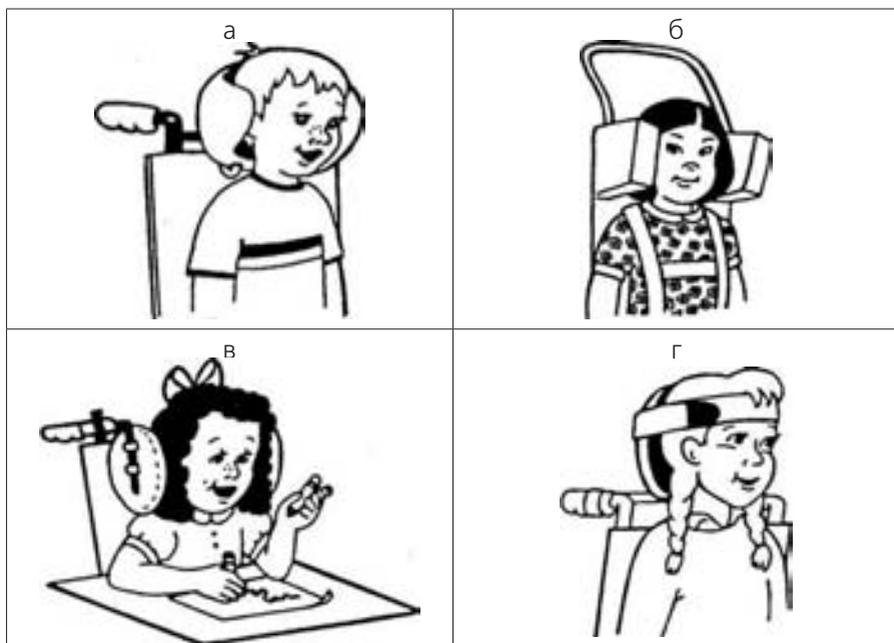


Рис. 6.8

Варианты фиксации позы и посадки ребенка (вспомогательные средства):

- устройство для стояния, доска для стояния, наклонная доска для лежания на животе всегда подгоняются индивидуально под ребенка, обеспечивают мобилизацию его кровообращения, расширяют его поле зрения и возможности для каких-либо занятий (рис. 6.9, а);
- коляски, всегда подгоняются индивидуально, ноги (если нет контрaktur) должны стоять на подставке, образуя угол 90° , при необходимости их можно закрепить ремнем; аддукционный клиновидный ограничитель между бедрами (выше колена) предотвращает соскальзывание вперед из коляски; стол, укрепленный на кресле-коляске, дает возможность положить руки и играть, он должен быть обрамлен планкой (высотой 3 - 4 см) для того, чтобы с него не падали игрушки или другие предметы (рис. 6.9, б);

- специальные стулья обеспечивают правильную позу: глубина посадки соответствует длине бедра, ягодицы прислоняются к спинке, при этом поверхность для сидения должна заканчиваться, не доходя до уровня подколенных впадин, фиксация по бокам достигается за счет привнесения в конструкцию стула специальных деталей из твердого пенопласта (рис. 6.9, в);
- качели для маленьких детей, валик для сидения (скрученное в рулон полотенце или одеяло) обеспечивают посадку с широким основанием и предотвращает спазм аддукторов (рис. 6.9, г);
- стол с вырезом обеспечивает стабильность позы за счет фиксации сбоку с помощью аддукционных клиновидных ограничителей, при наличии вялого паралича эти ограничители предотвращают боковое откидывание и сведение бедер (рис. 6.9, д, е);
- стул «Tripp-Trapp» – обычный детский стул, где есть возможность регулировать высоту сиденья и опоры для ног; стул может оснащаться дополнительными вспомогательными средствами: предохраняющее от скольжения покрытие сиденья, пояс из кожи на липучке или специальные ленты для фиксации ног, брюки для сидения (пояс, который идет вниз от середины сиденья вдоль внутренних сторон бедер); при сколиозе необходимо обеспечить прочную прямую спинку (доску), так как стандартная спинка может усиливать сколиоз (рис. 6.9, ж);
- специальные складные стулья (рис. 6.9, з);
- мешок для сидения, состоящий из наволочки (лучше из двух, чтобы верхнюю можно было снимать и стирать) или другой оболочки, которая наполняется шариками из пенополистирола, при легких формах детского церебрального паралича это – удобная возможность для сидения, так как мешок принимает форму тела (рис. 6.9, и).





Рис. 6.9

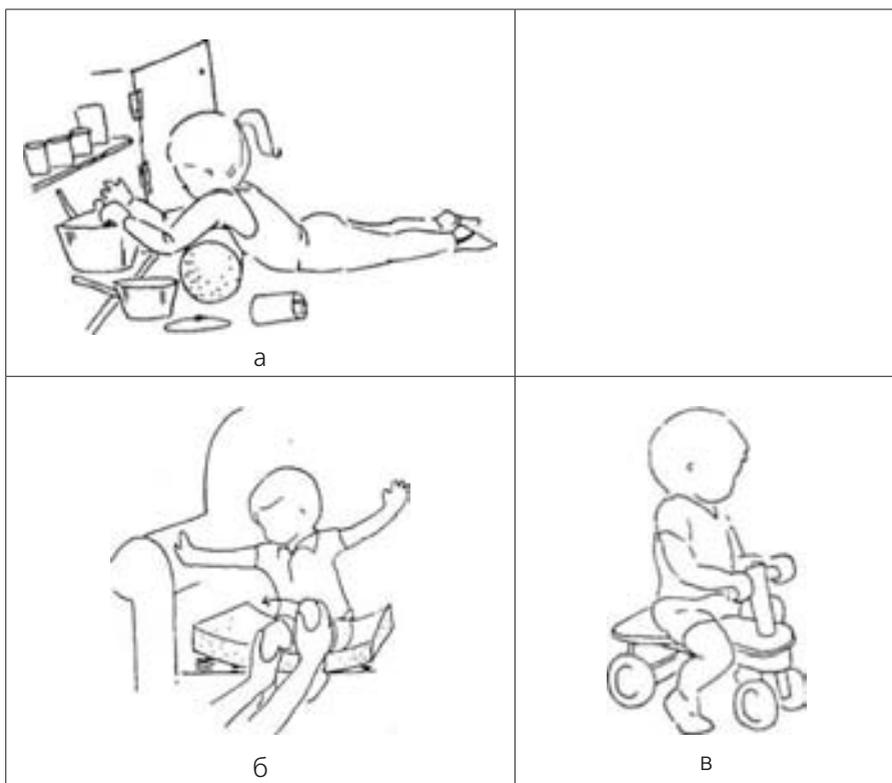
Тренировка удержания равновесия

Обучение равновесию:

- валик (рулон) между ступнями обуславливает аддукцию (отведение) тазобедренного и коленного суставов и требует от детей с парезом больших усилий для сохранения равновесия, при этом руки используются для балансирования;
- качающаяся доска хорошо подходит для тренировки поддержания равновесия (чтобы сделать шаг, вес с одной ноги должен переноситься на другую, чем уже (меньше) опора у ступни, тем больше усилий

нужно прилагать для сохранения равновесия); сначала взрослый может стоять на доске позади ребенка и поддерживать его и/или задавать ритм, затем помощь взрослого постепенно уменьшается;

- положение на валике (рулоне) обуславливает укрепление мускулатуры затылка, выпрямление головы и позволяет ребенку изучить содержание шкафа (рис. 6.10, а);
- на кресло кладут блок из пенопласта, взрослый перемещает ребенка то вправо, то влево, медленно и в приятном для него ритме (при этом он охватывает коленные суставы ребенка и тем самым фиксирует их), боковые спинки кресла обеспечивают надежные границы пространства передвижения (рис. 6.10, б);
- игрушечный автомобиль приводится в движение ступнями; так его легче передвигать, чем автомобиль с педалями (рис. 6.10, в);
- валик (рулон) с низким столом перед ним (рис. 6.10, г) побуждает ребенка к вставанию (широкое основание); валик (рулон) с низким столом перед ним (рис. 6.10, д) предотвращает скрещивание ног.



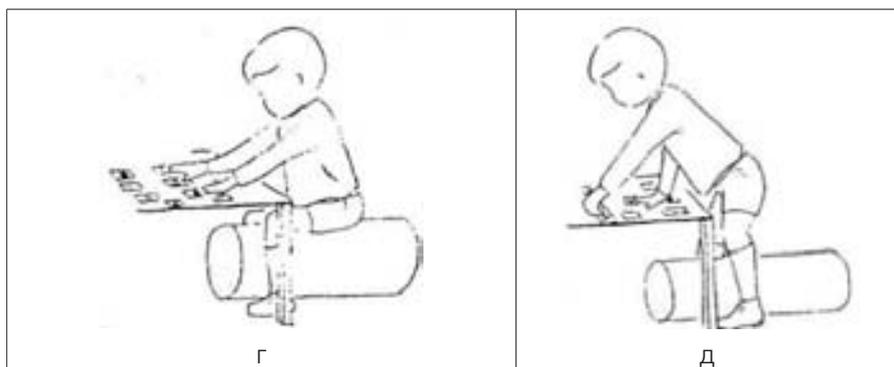


Рис. 6.10

Поддерживающие приспособления, используемые в процессе приема пищи:

- ребенок сидит в чашеобразном сиденье (используется для перевозки детей в автомобиле), опираясь на стол, на коленях терапевта (воспитателя, близкого человека), еда стоит сбоку на табуретке, ребенок может следить глазами за движениями ложки, избегая чрезмерного разгибания (рис. 6.11, а);
- если равновесие в сидячем положении поддерживается неплохо, то ребенок с отведенными ногами сидит на коленях терапевта (при наличии вывиха бедра данная поза не подходит), спина поддерживается опорой (твердый пенопласт или доска с достаточной мягкой обивкой), при этом взрослый может при необходимости влиять на положение рук в области плеч (внутренняя ротация) (рис. 6.11, б);
- положение на клиновидном предмете (рис. 6.11, в) показывает, что такой угол неправильный, еда подается сверху, младенец запрокидывает голову назад и может глотать только с очень большим трудом; правильный угол (рис. 6.11, г) помогает ребенку оставлять руки внизу (за счет силы тяжести), при этом ложка подносится ко рту перед его глазами, а не сверху, взрослый может положить свою свободную руку на нижнюю часть груди ребенка и помогать ему контролировать положение головы;
- ребенок сидит сбоку на коленях у взрослого и удерживается его левой рукой в области таза (рис. 6.11, д), для придания спине большей опоры локоть кормящего фиксируется подушкой на столе, при этом его правая нога стоит немного выше (она находится под подколенными впадинами ног ребенка и обеспечивает сгибание бедра); еда подается справа, на уровне глаз (для левшей необходимое положение представляет собой зеркальное отражение вышеописанной позы);
- при кормлении следует обращать внимание на захват ребенком ложки: захват всей кистью (рис. 6.11, е.1) нужно исправлять, ложка подносится ко рту неправильно и пища всасывается, а не забирается губами; захват кистью, когда большой палец противопоставляется остальным четырем – правильный (рис. 6.11, е.2).

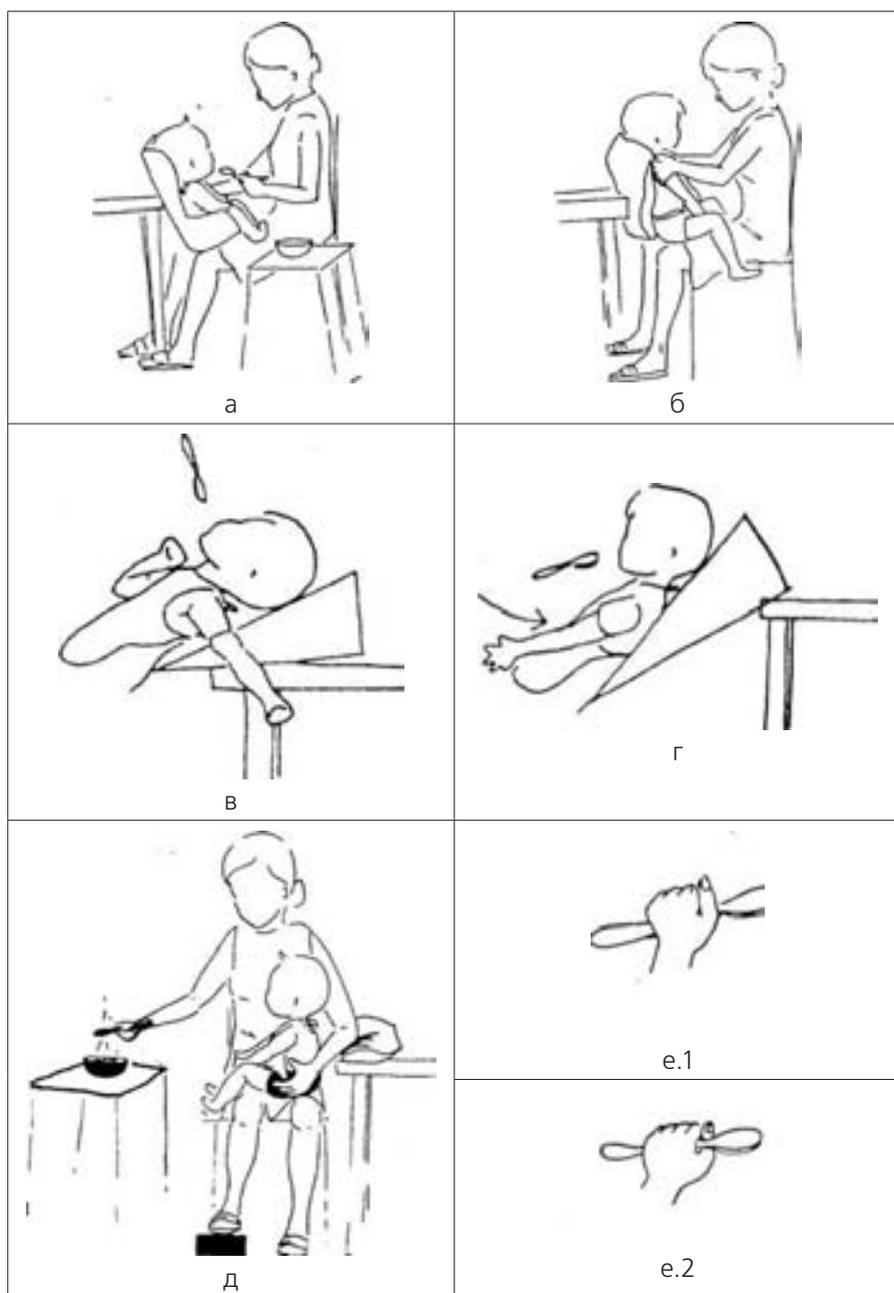


Рис. 6.11

Кроме описанных приспособлений можно использовать специальные приемы, облегчающие ребенку с детским церебральным параличом процесс приема пищи.



Ребенок находится в положении лежа на спине на коленях у взрослого



Ребенок сидит в круге: для этих целей можно приспособить камеру от автомобильного колеса или плавательный круг



Ребенок сидит на коленях у взрослого



Ребенок лежит на боку на коленях у взрослого



Ребенок лежит на животе на коленях у взрослого



Специальное сиденье для кормления или обычное автомобильное сиденье



Положение лежа на животе на специальном упоре



Треугольный стул (вспомогательное средство из фонда Якобсон и Кальбе)

7. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ОТДЕЛЬНЫМ КАТЕГОРИЯМ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ И (ИЛИ) МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

7.1. Организация помощи при детском церебральном параличе Эльке Крамер (Германия)

7.1.1. Помощь при приеме пищи

Прием пищи является центральным действием в жизни человека. Это многоаспектный процесс, который наряду с процессом еды включает в себя общение, а также получение удовольствия. Однако для некоторых детей с церебральным параличом прием пищи означает боль, неприятные ощущения и в большей степени стресс, чем радость. Поэтому специалисты и родители с целью облегчения процесса приема пищи такими детьми должны выполнять специальные рекомендации.

- **Профилактика и преодоление гипер/гипочувствительности ротолицевой области.**

Гиперчувствительность ротолицевой области. Рот наряду с кожей является первым органом, посредством которого ребенок познает и ощущает мир. Ребенок в самом начале своей жизни посредством рефлексов (если они правильно сформированы) регистрирует изменения вкуса, температуры и запаха, а также реагирует при помощи оральных защитных движений. Примером негативных защитных реакций, связанных с гиперчувствительностью являются: рвота, захлебывание.

Упражнения для снятия гиперчувствительности. Упражнение следует проводить посредством направленного, интенсивного нажатия в области рта и сообщения тем самым однозначной информации. Нажатие должно

быть сильным, быстрым и равномерным. В случае обильного слюноотечения не следует постоянно вытирать рот (такие движения сообщают неточную и рассеянную информацию), слюну следует промакивать интенсивным нажатием. Вначале ребенок с нарушением должен собственной рукой ощутить свою ротовую полость и все свое лицо (пальцы в рот, дотронуться до губ, зубов и т.д.), иногда взрослому необходимо двигать руку воспитанника. Кроме нажатия можно использовать массаж. Его следует проводить круговыми равномерными движениями в области щек и вокруг рта. Массаж можно делать при помощи зубной щетки: круговые движения от десен к зубам (от красного к белому), при этом время от времени следует выдерживать паузу для глотания. При работе с гиперчувствительностью нужно применять различные материалы, разные температуры и вкусовые направления. Шоколад, крупку для посыпки, масло, лимон, соль, крупномолотый сахар и другие продукты следует подносить к губам, класть на язык и за щеки и следить за реакцией ребенка. Со временем защитные реакции должны исчезнуть. Варенье или шоколадную пасту можно размазать вокруг рта и затем попросить ребенка облизывать их.

Упражнения для снятия гиперчувствительности необходимо проводить ежедневно, по возможности перед каждым приемом пищи, на протяжении 10 мин. Эта работа требует большой чуткости и понимания, ребенок не должен испытывать слишком больших или, наоборот, слишком малых нагрузок.

Гипочувствительность ротолицевой области. Иногда у детей наблюдается пониженная чувствительность полости рта и околоротовой области. Они не проявляют однозначной реакции при прикасаниях к их губам, языку, деснам или небу. В этом случае раздражители должны быть очень интенсивными, такие дети нередко сами пытаются получить информацию, беря в рот острые, шершавые или холодные предметы. Рвотная реакция при гипочувствительности, как правило, снижена, поэтому часто возникает риск поперхнуться.

Упражнения для снятия гипочувствительности. Дети с пониженной чувствительностью нуждаются в большем стимулировании, которое может выражаться, например, в более крупных кусках пищи или в игрушках, изготовленных из различных материалов и имеющих различную поверхность и фактуру. При этом они не должны быть слишком маленькими, иначе ребенок может их проглотить или подавиться.

- **Организация процесса кормления, кормление при помощи ложки.**

Для кормления детей используется чайная ложечка. Нельзя использовать пластмассовую ложку, так как у детей с церебральным параличом часто наблюдается повышенный кусательный рефлекс и в результате они могут пораниться. При работе с детьми, имеющими паралич, практикуются два способа кормления с ложки:

- оказывая давление ложкой на язык, при этом необходимо постоянно следить за тем, чтобы ничего не препятствовало прохождению пищи во рту (давление ложкой на язык способствует изменению его формы, он становится более плоским, боковые края подгибаются вверх);
- голова запрокидывается и двигается с открытым ртом навстречу располагаемой соответствующим образом ложке.

Новый способ кормления требует последовательной отработки целого ряда действий, а также использования пищи определенного состава, позволяющего выполнять данные действия.

Кормление с помощью давления ложкой на язык. Человек, принимающий пищу, должен занимать наиболее удобное положение. Необходимо наполовину наполнить ложку и поднести ко рту ребенка. Он должен увидеть ложку, чтобы правильно отреагировать на нее. Можно также подать какой-либо знак, например, дотронуться ложкой до подбородка, верхней или нижней губы. Важно придерживаться оговоренных условий, чтобы ребенок знал, что именно этот знак является требованием открыть рот. Открывать рот он должен самостоятельно. Ложка осторожно вводится в ротовую полость и придавливается к языку (не следует действовать слишком робко). Если при этом не последует движения челюсти и нижней губы в направлении закрытия рта, нужно помочь ребенку, взяв его за челюсть. Для этого используется специальный прием, когда воспитатель кладет свою левую руку (это касается правой руки) на левое плечо воспитанника, заводя ее ему через спину. При этом левый указательный палец нужно положить на верхнюю губу параллельно рту, а левый средний палец – под нижнюю губу, большой палец лежит на щеке в направлении уха. Таким образом можно контролировать закрытие рта и запрокидывание головы, а также следить за тем, чтобы ребенок не подавился. Технике выполнения данного приема необходимо специально обучаться, взрослым настоятельно рекомендуется перед его применением опробовать его друг на друге. Если кормление ребенка осуществляется спереди, то иногда также необходимо оказывать поддерживающее воздействие на грудину. Поддерживать следует свободной рукой – боковой стороной ладони или предплечьем. Когда рот закрывается, нужно вынуть ложку, двигая ее в горизонтальном направлении. Если это не получается (вследствие кусательного рефлекса), следует кратковременно ослабить давление ложки на язык, а затем снова надавить, рот при этом, как правило, открывается. В некоторых случаях необходимо несколько раз повторить эту операцию. Так как губы остаются сомкнутыми, ложка при вынимании изо рта полностью очистится. Если ложка зажата между зубами, это может вызвать сосательный или кусательный рефлекс. Кроме того, закусывание ложки может быть неприятным для ребенка. Не следует растягивать по времени прием пищи, процесс должен занимать не более 45 мин.

Кормление с помощью запрокидывания головы. Ребенок сидит в удобной позе, его внимание направлено на пищу, взгляд фиксируется на

ложке. Желательно, чтобы он сам открывал рот. Если этого не происходит, необходимо прикоснуться ложкой к подбородку, верхней или нижней губе. Держать ложку следует таким образом, чтобы ребенок подтягивался к ней. Доставать ложку нужно слегка под углом. При этом возникает ситуация, когда вместо того, чтобы сократили мышцы шеи, ребенок их вытягивает, делая легкое движение головой вниз. Это облегчает также закрывание рта. Следует подождать, пока пища будет проглочена. Чтобы увеличить стимуляцию верхней губы, можно задержать ложку возле нее подольше или держать ее между губами под углом, чтобы ребенок мог сам взять пищу (или хотя бы попытался это сделать). Рекомендуется включать в работу руки воспитанника. Он может брать в них пищу или, держась за ложку, двигать руками вслед за руками взрослого. В крайнем случае руки ребенка должны спокойно лежать на столе или коленях.

Полезно чтобы ребенок во время перехода на новый способ кормления был в спокойном окружении, т.е. чтобы ему ничего не мешало и ничто не отвлекало. Со временем, когда процесс приема пищи дойдет до автоматизма, следует целенаправленно вводить кратковременные помехи. Перестройка на новый способ кормления может длиться неделями, прежде чем появятся первые успехи. Особые усилия взрослых связаны с профилактикой и преодолением негативных реакций на кормление (рвоты, захлебывания), иначе ребенок не сможет получать необходимое количество пищи. Кроме того, важным моментом является достаточное количество времени. Лицо, которое занимается кормлением, не должно торопиться, так как спешка легко передается воспитаннику и приводит к суете. На создание положительной атмосферы и радости от приема пищи влияет внешняя обстановка (красиво накрытый стол, цветок, зажженная свеча), а также внутренний положительный настрой. Следует развивать в ребенке активное участие в процессе приема пищи, например, чтобы он взглядом на тарелку показывал, что в данный момент хочет съесть, или взглядом в определенную точку - когда у него пустой рот. Важно говорить с ребенком о еде (даже если мы думаем, что он ничего не понимает), давать ему ее трогать, нюхать, брать в руку. Необходимым условием успешного приема пищи является наличие у ребенка голода и аппетита, а также возможность получать любимое блюдо.

Переход на кормление с помощью ложки требует от взрослых выполнения дополнительных рекомендаций.

1. Кормлением не должен заниматься один и тот же человек. Несколько человек должны четко обсудить между собой, какую именно помощь следует оказывать данному ребенку. Это позволяет избежать зависимости воспитанника от конкретного человека (например, в том случае, если он заболит).

2. Помощь ребенку во время приема пищи может быть различной и по объему и по характеру, в зависимости от степени выраженности его нарушений.

3. При переходе на новый способ кормления важно, чтобы он не выдерживался в процессе всего приема пищи (завтрака, обеда или ужина). Обычно ни ребенок, ни взрослый не в состоянии выдержать это. Кроме того, в подобной ситуации ребенок не сможет получить достаточное количество пищи. Новый способ кормления внедряется постепенно, сначала он длится несколько минут, затем постепенно время его использования продлевается.

- **Прием жидкости.**

Способами приема жидкости являются одноразовое впрыскивание, питье при помощи трубки, питье из кружки.

Одноразовое впрыскивание. Как только рот немного приоткрывается, следует влить в него небольшое количество жидкости и подождать, пока ребенок проглотит ее. После этого процесс повторить. *Питье при помощи трубки* используется только если ребенок может закрывать рот. Трубка должна быть из прочной пластмассы, чтобы ее невозможно было прокусить. Кружка, в которую вставляется трубка, должна быть достаточно тяжелой. *Питье из стакана / кружки с вырезом.* Пластмассовая кружка имеет на верхней части вырез в форме правильного овала, так чтобы взрослый мог видеть, когда жидкость касается губ и сколько жидкости поступает в рот. Научить ребенка пить из стакана можно только тогда, когда он уже умеет сидеть. В такой позе при захвате жидкости может быть активно задействована верхняя губа. Если это невозможно, все равно следует обращать внимание на выпрямление шеи. Чем более изогнуто тело ребенка, тем ему сложнее пить. Нужно следить, чтобы ребенок не раскрывал широко рот, а лишь слегка приоткрывал, когда ему подносят стакан ко рту. Стакан подносится обычно снизу, важно, чтобы ребенок следил за ним глазами. Необходимо с небольшим нажимом прикоснуться стаканом к нижней губе по всей ее ширине, следите за тем, чтобы стакан не был прижат к зубам. Как только верхняя губа коснется жидкости, следует быстро, но плавно наклонить стакан и дать возможность попасть достаточному количеству жидкости в полость рта. Промедление нежелательно, так как может возникнуть нетерпеливость и, как следствие, увеличится спастичность. Следует также помочь ребенку закрыть рот сразу же после того, как стакан будет убран.

Ребенок не сразу овладевает техникой питья из стакана. Вероятно, в начале нижняя губа будет двигаться очень незначительно. Но даже эти движения являются признаком проявления активности и перестройки мускульной деятельности. Ведь изначально обычно наблюдается только патологическое подтягивание губы вверх. Следите, чтобы язык не попадал под край стакана, при соприкосновении с ним он должен проникнуть внутрь. Для стимуляции чувствительности иногда полезно сначала прикоснуться стаканом к верхней губе.

На первых этапах обучения взрослый тщательно дозирует количество жидкости, а также следит за паузами, чтобы ребенок мог набрать воздух, после того как сделает несколько глотков. При этом для обучения питью больше всего подходят густые напитки (или жидкая каша), так как они не так стремительно попадают в рот и верхняя губа может более интенсивно соприкасаться с ними.

- **Кусание и пережевывание пищи.**

Прием пищи является неосознанным процессом, который состоит из нескольких сложных действий. Как пища поступает в рот? Рот раскрывается настолько широко, насколько это необходимо, кусок пищи кладется на передний край языка, затем рот закрывается. Верхняя губа забирает пищу с ложки, нижняя губа осуществляет функцию опоры и участвует в процессе закрытия рта. Язык выдвигается вперед и проверяет пищу, он также помещает пищу между коренными зубами. При пережевывании язык всегда двигается вслед за пищей: в сторону, вперед, назад, вверх и вниз. Нижняя челюсть следует за языком, она двигается вперед и назад, вверх и вниз, а также в стороны. Нажим при пережевывании приспосабливается к составу пищи, тонус языка и щек повышается. Пища смачивается слюной по мере пережевывания, язык контролирует уровень размельчения пищи. Готовая к проглатыванию пища перемещается в заднюю часть рта и проглатывается, остальная пища остается в ротовой полости. Развитие умения пережевывать пищу следует начинать как можно раньше, так как пережевывание является условием успешного развития десен, челюстей, зубов, а также функций рта. Правильное пережевывание пищи препятствует интенсивному стиранию зубов. При этом люди с тяжелыми нарушениями развития часто могут совершать только рубящие движения челюстями и прижимать пищу языком к небу, где она остается приклеенной.

Каждый ребенок с тяжелым нарушением развития должен иметь возможность откусывать что-либо коренными зубами, даже если кусательная реакция недостаточно развита или не развита вовсе. Для стимулирования кусания можно использовать специальные кольца или пищу в жевательных мешках*. Когда ребенок что-либо кусает, нужно следить за тем, чтобы откусываемый кусок не был слишком велик, так как он может подавиться. Если ребенок обучен жевательным движениям, однако они еще не доведены до автоматизма, пищу следует подавать сбоку. Иногда, если пища попадает в полость между зубами и щекой, можно подтолкнуть ее и придержать указательным пальцем на нижних зубах. Необходимо постоянно контролировать положение головы и рта, так как часто дети имеют склонность поворачивать голову и тем самым перемещать пищу в заднюю часть

* Жевательный мешок (Kausack) – изготовленный из марли или бинта небольшой мешочек, в который кладется различная пища. Такой жевательный мешок служит для того, чтобы человек с нарушениями развития ощутил вкус той или иной пищи.

рта, где ее можно привычным движением языка прижимать к небу. Любую пищу, которую можно хорошо удерживать (макароны, картофель), нужно подавать сбоку. При этом, осуществляя контроль ротовой полости, следует действовать очень мягко и осторожно, чтобы не препятствовать жевательным движениям. При обучении жеванию следует различать пищу, которую можно размягчить и измельчить при помощи языка (кекс, булочка, пирог и т.п.), и пищу, которую можно размельчить только путем пережевывания (яблоки, мясо, морковь и т.п.).

Для развития взаимосвязи между руками и ротовой полостью следует при каждом приеме пищи давать ребенку что-либо из еды в руки. Если он в состоянии самостоятельно есть при помощи рук, нужно позволять ему делать это (половина мира ест руками и получает при этом удовольствие).

7.1.2. Помощь при одевании и раздевании

Успешность действий ребенка с церебральным параличом по одеванию и раздеванию во многом определяется соблюдением специальных требований.

1. Одевание и раздевание младенца с сильными разгибательными спазмами необходимо проводить в положении лежа на животе (рис. 7.1,а). Ребенок лежит на коленях, туловище находится между бедрами взрослого. Свитер надевается от затылка через голову, что предотвращает чрезмерное разгибание головы.

2. Ребенок постарше может сидеть перед взрослым на табуретке с ровно (плоско) поставленными ступнями (рис. 7.1,б). Взрослый осуществляет с ним совместные движения. Ребенок получает стабильность в бедрах за счет ног взрослого (есть границы по сторонам) и в плечах за счет рук взрослого.

3. Ребенок приобретает уверенность, если может сам одеться или раздеться. Поставленный перед ним стол или стул можно использовать как опору. Предметы одежды выкладывают в нужной последовательности (рис. 7.1, в). Стул или стол должны быть устойчивыми (при необходимости можно наполнить пустые консервные банки песком и поставить в них их ножки). Нужно также следить за прочным (надежным) положением ребенка «стоя» (рис. 7.1, г-ж). Пол не должен быть гладким, лучше, чтобы он был покрыт ковром, в противном случае колготы следует одевать в последнюю очередь (опасность скольжения).



а



б



в



г



д



е



ж

Литература

1. А. Феррари, Д. Чиони (A. Ferrari, G. Cioni). Детский церебральный паралич. Издательство «Шпрингер», 1998.
2. К. Шееперс, У. Штединг-Альбрехтс, П. Ен (C. Scheepers, U. Steding-Albrechts, P. Jehn). Эрготерапия, лечение и деятельность. Издательство «Георг Тим», 1999.
3. Ненси Р. Финни (Nancie R. Finnie). Уход за ребенком с церебральным параличом. Издательство «Отто Майер Равенсбург», 1973.
4. Ютта Яворски ((Jutta Jaworski). Оказание помощи детям с нарушением развития при приеме пищи, жидкости и глотании. Диаконическая печать Берлин-Бранденбург, 1997.

7.1.3. Помощь при выполнении обслуживающих действий **Елена Якубовская (Беларусь)**

Всех детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата независимо от тяжести их состояния следует обучать навыкам опрятности. Это требует очень большого терпения и настойчивости. Развитие навыков опрятности у таких детей обычно представляет определенные трудности, что связано как со спецификой их заболевания, так нередко и с ошибками воспитания. Многие родители, чрезмерно беспокоясь о будущем своего ребенка, начинают слишком рано прививать ему навыки опрятности, другие, напротив, жалея ребенка, не уделяют этому вопросу в первые годы жизни никакого внимания. В обоих случаях формирование навыков затрудняется.

Чтобы избежать этих ошибок, необходимо знать особенности развития навыков опрятности у здорового ребенка. До года у него, как правило, не устанавливается связь между предметом и его назначением (за исключением отдельных редких случаев). Вот почему и не следует стремиться прививать в этом возрасте привычку пользоваться горшком. Такая связь у большинства детей появляется на втором году жизни. Однако на этом возрастном этапе доминирующей формой деятельности является двигательная, и ребенок обычно так бывает ею увлечен, в частности освоением ходьбы, что зачастую забывает о контроле над функцией мочевого пузыря. Только постепенно, с возрастом этот контроль начинает закрепляться. В 2 года большинство детей имеют частично сформированные навыки опрятности, однако в этом возрасте ребенок может чувствовать беспокойство при пользовании горшком, по несколько раз вскакивая с него. И только постепенно к 3-3,5 годам навык опрятности становится более прочным.

Следует помнить, что процесс воспитания навыков опрятности длительный и у здорового ребенка он легко может быть разрушен при измене-

нии привычной обстановки, под влиянием эмоциональных переживаний, болезни и т. д. Срывы навыка в период его формирования характерны для здорового ребенка, тем более они закономерны для ребенка с особенностями в развитии. Очень важно, чтобы взрослые хвалили ребенка, когда он проявил навык опрятности, и не ругали, если этого не случилось.

Для воспитания навыка опрятности необходимо предлагать ребенку горшок через строго определенные интервалы времени. Важно развить у него желание обрадовать взрослых, ибо понять, почему надо пользоваться горшком, ему пока трудно.

Следует учитывать и моменты, связанные со спецификой развития ребенка: находясь на горшке, он не должен испытывать страх. Чтобы чувствовать себя спокойно, ему надо быть рядом со взрослым; нельзя давать ему игрушки, так как внимание переключается на них; для многих детей трудно удержаться в позе сидения и расслабляться в этой позе для натуживания и опорожнения кишечника.

Последнее значительно затрудняет развитие навыков опрятности у многих детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата. Тут могут быть полезны следующие советы. Если это маленький ребенок, матери можно ставить горшок себе на колени; это позволит поддерживать ноги ребенка в положении отведения, контролировать положение его головы и помогать сохранять равновесие. С помощью матери ребенку легче расслабиться. Иногда полезно применение вокруг краев горшка пористой резины, которая обеспечивает более устойчивое и удобное положение ребенка, хорошо также использовать специальные стульчики, за перекладины которых ребенок может держаться.

Для детей с тяжелыми двигательными нарушениями можно использовать специальный горшок с подъемными сторонами, держась за которые ребенок чувствует себя более устойчиво и преодолевает страх падения. Если у ребенка недостаточно развиты реакция равновесия и функция сидения, то горшок можно поместить в деревянный ящик или в основание треугольного стула или табуретки, чтобы ребенок мог держаться за их края.

На первой стадии развития навыка, когда ребенок, используя для этого различные способы, начинает сообщать окружающим о своих нуждах, взрослые должны быть максимально внимательны к этим сигналам - жестам, мимике, речи, выражению взгляда, голоса.

Чтобы облегчить формирование навыков опрятности у ребенка, следует прежде всего поить и кормить его в одно и то же время. И в соответствии с этим высаживать на горшок. Вначале это необходимо делать достаточно часто (например, через каждый час), но ненадолго (не более 5-6 мин).

Следует еще раз обратить внимание на то, что при тренировке навыков опрятности следует быть максимально терпеливыми и последовательными в своих действиях.

7.2. Организация помощи при детском аутизме

7.2.1. Функциональная оценка проблемного поведения детей с аутизмом

Вероника Радыгина (Беларусь)

Понятие «аутизм» происходит от греческого слова «autos», что означает «сам». Термин «аутизм» ввел в 1911 г. Евген Блоьер [2] в качестве психопатологического симптома, который он описывал как «отрыв от реальности вместе с относительным или абсолютным преобладанием внутренней жизни».

В качестве основных поведенческих проблем аутичных детей традиционно рассматриваются страхи, агрессия, аутоагрессия, влечения, аутостимуляция, непреодолимая стереотипность [4]. Эти формы проблемного поведения тесно связаны между собой. Например, при преодолении агрессивных тенденций часто обнаруживается, что они порождаются страхами ребенка. Вместе с тем, уменьшая зажатость, аффективное напряжение аутиста, провоцируя его активность, можно вызвать ответные агрессивные действия. Беспокоящее специалистов и родителей влечение, особое пристрастие ребенка тоже может оказаться тесно связанным со страхом и, соответственно, ослаблено лишь при смягчении конкретного страха, его порождающего. Поэтому для установления причин поведенческих проблем и выработки альтернативных способов действия необходима функциональная оценка поведения аутичных детей [1, 2, 3].

Работа с проблемным поведением проводится в несколько этапов.

1. Описание проблемных форм поведения:

- как себя ведет аутист, что делает;
- как часто повторяется эта форма проблемного поведения (в течение часа, дня, недели, месяца);
- длительность проявления проблемного поведения;
- интенсивность проявления проблемного поведения (насколько деструктивно поведение для ребенка и его окружения) (см. табл. 7.1).

Таблица 7.1. Описание проблемных форм поведения детей с аутизмом

Описание поведения	Частота проявления поведенческой проблемы	Длительность проявления проблемного поведения	Интенсивность проявления проблемного поведения

2. Описание событий, предшествующих проблемному поведению

2.1. Определение видов деятельности, во время которых появляется оцениваемая форма проблемного поведения: перерыв, завтрак, занятия в группе, туалет/гигиена, занятия спортом, обед, самостоятельные виды деятельности (какие?), деятельность с сотрудниками (какая деятельность и с какими сотрудниками?), переход от одного вида деятельности к другому и т. д.

2.2. Анализ инструкций, предшествующих проблемному поведению: вербальные или невербальные указания, длинные или короткие, одношаговые или многошаговые и т. д.

2.3. Изучение сенсорных раздражителей:

- шумы, которые могли бы повлиять на аутиста и привести его в состояние неуверенности, страха и смятения (громкоговоритель, магнитофон, приборы, телефон, шум из соседней комнаты и т. д.);
- вербальные факторы (как много вербальных раздражителей присутствует в помещении, насколько они громкие);
- социальные факторы (сколько людей присутствует во время проявления проблемного поведения, кто эти люди, как близко они находятся к ребенку, вступают ли они во взаимодействие с аутистом);
- визуальные раздражители (какие предметы, цвета могут вызывать проблемное поведение, свет, тень и т. д.);
- запахи, присутствующие в помещении (духи, пища, чистящие средства и т. д.).

2.4. Описание других факторов, влияющих на поведение детей с аутизмом (например, какие медикаменты принимает в настоящее время ребенок и как это может повлиять на его поведение).

3. Описание событий, следующих за проблемным поведением

- поведение сотрудников во время и после проявления поведенческой проблемы;
- реакция детей во время и после проявления особенностей поведения.

4. Функциональный анализ проблемного поведения

4.1. Выделение событий, обстоятельств, сенсорных раздражителей, вызывающих проблемные формы поведения аутичного ребенка.

4.2. Выдвижение гипотезы в отношении возможных функций поведения (что ребенок хочет сказать своим поведением):

- привлекает к себе внимание;
- просит о помощи;
- просит любимую пищу, любимый предмет, любимый вид деятельности;
- просит о перерыве или смене деятельности;
- отказывается от выполнения какого-либо вида деятельности;
- обращает внимание на боль, плохое самочувствие;
- показывает смущение, неуверенность, страх и т.д.

5. Выбор альтернативных форм поведения

5.1. Установление, какими альтернативными образцами поведения, выполняющими одинаковую функцию, уже обладает ребенок.

5.2. Закрепление альтернативных форм поведения.

Зачастую многие проблемные формы поведения детей с аутизмом – это попытки справиться с трудностями реальной жизни. К сожалению, они влекут за собой негативные последствия для самих аутистов и их окружения. Поэтому целью обучения и сопровождения детей с аутичными расстройствами должно быть понимание смысла поведенческих проблем и предоставление альтернативных посылных стратегий преодоления жизненных трудностей. Кроме того, необходимо выявлять факторы, вызывающие неуверенность, страх, агрессию, аутоагрессию и т.д., и сводить их, насколько это возможно, к минимуму путем изменения окружающей среды, чтобы аутичным детям не приходилось использовать всю свою энергию исключительно на преодоление стресса. Их энергия, в первую очередь, должна быть направлена на изучение и осознание стратегий, способствующих максимально возможной самостоятельной жизни.

Одной из программ, призванных решать поставленные выше задачи, является программа TEACCH. Ее основная цель – повышение уровня индивидуальных способностей детей с аутизмом и адаптация окружающей их среды.

У аутичных детей нарушена способность структурировать отдельные аспекты восприятия и понимать смысл происходящего, поэтому окружающий мир им кажется хаотичным и непонятным. Следовательно, обучение детей с аутизмом, согласно программе TEACCH, необходимо начинать с создания структуры окружения, которая будет способствовать снижению страха и неуверенности и обеспечит эффективность учебного процесса.

Структурирование окружающей среды выполняет следующие функции:

- компенсирует вызванные аутизмом ориентационные проблемы;
- делает окружающий мир наглядным;
- позволяет предвидеть ситуации;
- помогает объяснить комплексные действия;
- способствует пластичности;
- вселяет уверенность.

Однако структурирование окружающей среды не должно быть самоцелью. Это помощь, а не сужение свободы действий ребенка с аутизмом, т.е. структуризации должно быть много, насколько это необходимо, и мало, насколько это возможно.

В первую очередь любая помощь по структурированию должна предлагаться в визуальной форме. Таким образом, учитываются сильные стороны аутичных детей – ярко выраженное визуальное восприятие. С другой стороны, обычное для нас средство коммуникации – речь аутистам часто непонятна, поскольку она абстрактна и мимолетна. Визуальная информа-

ция, напротив, остается видимой, она очень конкретна и ограничивается только самым существенным, на ней всегда можно повторно сосредоточить свое внимание.

Структурированию подлежат три области:

- пространство;
- время;
- деятельность.

Пространственная структура - это устройство и организация жизненного и учебного окружения ребенка таким образом, чтобы помочь ему в ориентировании. Оформление помещений должно давать однозначную информацию об их функциях. Отчетливые физические и визуальные ограничения должны помочь распознавать, где начинается и заканчивается каждая отдельная зона. Так, например, стол, который используется и для еды, и для работы, и для игры может привести человека с аутизмом в сильное замешательство. Различные столы или скатерти разного цвета для каждого вида деятельности, напротив, помогают ребенку распознать, что его ожидает в дальнейшем.

Следующий важный аспект при структурировании помещения – это сокращение отвлекающих факторов, которые не дают сконцентрироваться аутичным детям на выполнении задания. Защитные экраны или ширмы, отдельные комнаты или индивидуальные столы помогают уменьшить количество раздражителей и предотвратить дополнительный стресс.

Временное структурирование осуществляется посредством составления распорядка дня, который четко определяет, какие действия и в какой последовательности должны осуществляться. Распорядок дня помогает ориентироваться во времени, способствует развитию пластичности, тренирует память, способствует концентрации внимания, восприятию речи, развивает самостоятельность, содействует возникновению диалога и коммуникации.

Индивидуализация распорядка дня обеспечивается с помощью визуальных планов, при составлении которых могут быть использованы объекты, фотографии, рисунки, пиктограммы, слова.

Структура деятельности позволяет последовательно выполнять различные виды заданий и дает ответ на следующие вопросы:

- что нужно делать?
- в каком объеме выполнять задания?
- в какой последовательности?
- когда действие закончено?
- что происходит после этого действия?

В структурировании видов деятельности необходимо учитывать склонность детей с аутизмом к рутине. Поэтому подготовленные материалы и задания используются всегда в одной и той же последовательности (обычно слева – направо). Слева всегда находятся невыполненные зада-

ния, справа - выполненные, которые складываются, например, в корзину. Количество выполняемых заданий подбирается так, чтобы ребенку можно было их сделать за один этап. Как только все задания оказываются в корзине, деятельность прекращается, и следующий символ указывает на то, что будет дальше. Обычно это ссылка на необходимость снова посмотреть в свой распорядок дня. Такой подход можно использовать для любого вида деятельности: производственной работы, посещения туалета, игры с конструктором и т.д.

На первый взгляд кажется, что программа ТЕАССН имеет механический характер, прежде всего потому, что специалистам приходится работать с четкими структурами, и от них требуется много единообразия и дисциплины. Однако необходимо понимать, что в центре внимания данной программы находится стремление создать условия для достижения каждым ребенком с аутизмом максимальной самостоятельности.

Литература

1. Бачило М.В. Аутизм. От теоретического понимания к практическому применению // Современные проблемы физической реабилитации и эрготерапии: Матер. VIII Междунар. науч. сессии «Научное обоснование физического воспитания, спортивной тренировки и подготовки кадров по физической культуре и спорту» / Под ред. Т.Д. Полякова, М.Д. Панкова. – Минск: БГУФК, 2005. – С. 68–71.

2. Зюмалла Р. Обучение и сопровождение людей с аутизмом по программе ТЕАССН. – Минск, 2005. – 55 с.

3. Маккернен Т., Мортлок Дж. Аутизм. Практическое руководство для персонала. – Минск, 2000. – 109 с.

4. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. – М.: Теревинф, 2005. – 288 с.

7.2.2. Подходы к оказанию помощи при аутистических расстройствах

Зузанне Рабэ (Германия)

Использование терапии поведения при аутистических расстройствах. Терапия поведения базируется на данных психологии обучения и систематично их использует. Сначала специалист наблюдает за поведением клиента, учитывая его личные качества и различные ситуации. Затем он определяет, что нужно изменить в его поведении. Изменение поведения достигается за счет одобрения желательных и игнорирования нежелательных его форм, что постепенно приводит к формированию необходимых (полезных) взаимосвязей между отдельными формами поведения клиен-

та, и это собственно является целью терапии. Перенос выученного поведения в повседневную жизнь требует постоянной специальной поддержки клиента. Она включает в себя содействие развитию самостоятельности, познавательных способностей, имитации, эмоционального реагирования, речи, а также социального поведения.

Терапия поведения – это методика малых шагов. Она требует от специалиста много терпения, эмоциональной теплоты, способности к дифференцированному наблюдению, последовательности и однозначности собственного поведения. Основателем терапии аутизма, ориентированной на поведение, является американский психолог Ивар Ловаас (Ivar Lovaas). Он использовал методы терапии поведения также при «лечении аутистических поведенческих расстройств» и разработал программу интенсивной терапии поведения. Модифицированной формой терапии поведения является АВА (Applied Behavior Analysis) – прикладной анализ и терапия поведения. Самая современная форма терапии поведения – вербальное поведение.

Подходы к развитию коммуникации при аутистических расстройствах. Коммуникативные расстройства – основной признак аутизма. Только 55% всех детей с аутистическим расстройством овладевают речью. При этом возможности неговорящих людей с аутизмом часто недооценивают, что создает ситуации, когда отсутствие достаточных возможностей для речевого выражения приводит к агрессивному или наносящему себе вред поведению. Существует мнение, что развитие коммуникативных возможностей аутистов способствует сокращению у них поведенческих расстройств и уменьшению ситуаций их неадекватного поведения (M. Weiss).

При речевой терапии неговорящих детей с аутистическим расстройством часто использовались поведенческо-терапевтические программы формирования речи. Однако было замечено, что изученное детьми обобщается с большим трудом, и речевая терапия является не очень успешной методикой для работы с данной клиентской группой. Более впечатляющие результаты были получены в условиях применения альтернативных форм коммуникации.

Неговорящие люди с аутистическим расстройством могут использовать ряд альтернативных форм коммуникации: жесты, жесты, сопровождающие речевые звуки, картинки, а также карточки с символами и словами. Визуальную информацию жестов, картинок или символов человек с аутистическим расстройством может зачастую воспринимать и перерабатывать лучше, чем вербальную.

Хорошо зарекомендовала себя в работе с детьми, имеющими нарушения общения, система альтернативной коммуникации PECS (Picture Exchange Communication System). Данная система построена на обмене картинками, основная ее задача – помочь овладеть двумя основными аспектами коммуникации: сближению с партнером и устным речевым высказываниям. Ос-

новая идея – научить человека с аутизмом получать желаемый объект или действие путем предъявления специально подготовленной картинки или фотографии, т.е. в обмен на картинку или фотографию.

В работе с детьми, имеющими нарушения общения, успешно используется коммуникация с опорой. Она была разработана для людей с физическими и речевыми нарушениями. Коммуникация с опорой осуществляется с помощью письменных символов. Во время выбора букв пользователю данной системы помогает партнер по коммуникации, поддерживая его руки и кисти. Такая физическая опора призвана снимать проблемы, обусловленные неврологическими или двигательными нарушениями. Предполагается, что успех метода зависит и от эмоциональной опоры, которая включает в себя отношение к происходящему того, кто предоставляет данную опору. Коммуникация с опорой вызывает у специалистов споры. Критики данного метода отмечают, что тот, кто предоставляет клиенту опору, оказывает на него определенное влияние.

К подходам, обеспечивающим развитие коммуникации, можно также причислить базисную терапию (ЗДКТД – Замещающая Диалогически-Кооперативная Терапия Действия). На ее основе строится работа с людьми, имеющими тяжелые и (или) множественные нарушения в развитии. Используя ЗДКТД, можно путем возобновления или установления диалога в рамках коммуникации, взаимодействия или кооперации помочь клиентам и их близким выйти из ситуации «необучаемости» и «социальной неспособности».

Ценным средством, которое положительно влияет на коммуникативные способности ребенка с аутизмом и его возможности устанавливать отношения, является музыка. С ее помощью стимулируется интерактивный развивающий процесс.

Дети с тяжелыми и (или) множественными нарушениями в развитии способны при соответствующих условиях строить коммуникационные мостики с человеческим окружением посредством животных (лошадей, собак, кошек, дельфинов).

Программа ТЕАССН (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children – терапия и обучение аутистических и имеющих коммуникационные нарушения детей) означает педагогическое содействие детям с аутизмом и похожими коммуникационными нарушениями. ТЕАССН возникла в результате исследований, проводимых на протяжении 20 лет в штате Северная Каролина (США). Сейчас она благодаря своему совершенствованию и дальнейшему развитию представляет собой комплексную программу терапевтической помощи людям, страдающим аутизмом, разного возраста и разного уровня развития.

ТЕАССН – это методика структурированного обучения, цель которого – достижение максимальной степени самостоятельности и максимально-го качества жизни для людей с аутизмом. Она обеспечивает интенсивное

внимание к сильным и слабым сторонам каждого человека и разрабатывает на этой основе индивидуальную систему структурированной помощи. Данная помощь осуществляется за счет специальных условий, связанных с структурированием пространственного и временного окружения ребенка, а также структурирования его деятельности. Методические принципы программы TEACCH базируются на концепциях развивающей психологии и терапии когнитивного поведения.

Подходы к развитию социальной компетенции людей с аутистическими расстройствами. На социальную компетенцию людей с аутизмом можно оказывать положительное влияние. Один из путей достижения данного результата – использование теории тренировки разума, согласно которой можно компенсировать присущие клиентам с аутизмом дефициты соответствующими упражнениями. Данный подход ориентирован на аутистов, обладающих хорошим уровнем развития речи.

С целью развития социальной компетенции в практике работы с аутичными людьми применяют такие методики, как социальные истории и комиксы. Социальные истории индивидуально подбираются или пишутся с учетом «проблемного поведения» конкретного ребенка.

Подходы к развитию восприятия людей с аутистическими расстройствами. Д. Айрес описывает аутизм как следствие нарушения обработки органами чувств информации, поступающей извне. По ее мнению, более осмысленному восприятию чувственных впечатлений и улучшению их обработки способствует сенсорная интеграция. При этом в процессе обучения ребенка оберегают от переутомления, вызываемого избыточными раздражителями, обязательно дозируют информацию и при необходимости оказывают возбуждающее действие на те области органов чувств, где восприятие раздражителей слишком слабо.

В развитии восприятия аутичных детей используется терапия по Ф. Аффолтеру (Felicie Affolter). Это метод управления рукой и кистью человека, нацеленный на передачу так называемой «ощущаемой информации». Люди с аутизмом в отличие от остальных не в состоянии познавать и анализировать окружающую действительность путем действий или ощущаемого взаимодействия. Как правило, они не могут связать свой чувственный опыт с другими впечатлениями, получаемыми от органов чувств. Метод Аффолтера позволяет обеспечивать телу ребенка поддержку при изучении и выполнении повседневных действий, которая осуществляется путем последовательного направления его рук. Человек, который направляет, сидит или стоит непосредственно позади ребенка, он кладет на его руки и кисти свои руки, их движения становятся согласованными и одинаково сориентированными. При этом на первом плане стоит цель – обеспечить клиенту максимально самостоятельное выполнение действий.

Немецкие исследователи Хелльмут Хартманн (Hellmut Hartmann) и Ульрих Романн (Ulrich Rohmann) разработали двухпроцессную теорию об-

работки информации детьми, которые страдают аутизмом, шизофренией и другими психическими расстройствами. На базе данной теории они построили терапию внимания и взаимодействия. Согласно этой теории на первом этапе специалист повторяет действия клиента, т.е. стереотипное и направленное на себя его поведение пытается превратить в положительное взаимодействие. На втором этапе терапевт путем косвенного отражения показывает варианты поведения клиента так, чтобы это способствовало его положительным изменениям.

Терапия слухового восприятия концентрируется на области восприятия, которая также может быть нарушена у людей с аутизмом. При «слуховом интеграционном тренинге» вычленяются специфические звуковые частоты, следствием которых являются определенные виды поведения, типичные для аутизма. Цель данного тренинга - обеспечить восприимчивость к шумам и создать условия положительного их воздействия на познавательные процессы и поведение ребенка.

Сторонники психогенной концепции выступают за фиксирующую терапию. Они исходят из того, что вынужденное удержание ситуации специалистом либо другим доверенным лицом помогает аутичному ребенку выстроить более стабильные отношения с окружающими. Основные положения фиксирующей терапии воспринимаются неоднозначно, пока не существует достаточных ее научных подтверждений.

Литература

1. S. Walter. Autismus. Erscheinungsbild, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten. In: Dinges, Erik / Worm. Heinz-Lothar (Hrsg.). Horneburg: Person Verlag GmbH, 2001. 3. Вальтер. Аутизм. Картина проявлений, причины и возможности для терапии. В Дингес, Эрик / Ворм. Хайнц-Лотар (издательство). Хорнебург: Перзон Ферлаг ГмбХ, 2001.

2. M. Weiss. Autismus. Therapien im Vergleich. Berlin: Ed. Marhold im Wiss.-Verl. Spiess, 2002. М. Вайсс. Аутизм. Виды терапии в сравнении. Берлин: Эд. Мархольд им Висс. – Издательство Шписс, 2002.

7.2.3. Использование программы ТЕАССН при аутистических расстройствах

Зузанне Рабэ (Германия)

ТЕАССН является аббревиатурой от «**T**reatment and **E**ducation of **A**utistic and **C**ommunication handicapped **C**hildren», что означает «Лечение и образование аутичных детей и детей с нарушением коммуникативных способностей». В Германии под ТЕАССН подразумевается педагогически-терапевтическое обучение, разработанное в Чапл Хилл (Северная Кароли-

на). Обучение по программе ТЕАССН призвано помочь каждому человеку с аутистическими расстройствами создать такие условия жизни и учебы, которые минимально ограничивали бы его личностное развитие и таким образом способствовали достижению максимально возможной самостоятельности. С учетом индивидуальных способностей и потребностей человека нужно по возможности создать окружение, которое обеспечит ему уверенность в освоении окружающего мира, и, таким образом, мир обретет для него значение.

«Структурированное обучение» является одним из основных принципов обучения ТЕАССН, которое отличается непрерывностью воздействия с детского возраста до взрослой жизни. В зависимости от индивидуального исходного состояния в процессе обучения у детей развиваются следующие сферы:

- самообслуживание;
- бытовое ориентирование;
- учебные навыки;
- отношение к работе;
- функциональная коммуникация;
- отношение к свободному времени (обращение с неструктурированным временем);
- социальное поведение.

В процессе школьного обучения особое значение имеет реализация следующих принципов программы ТЕАССН:

- повышение успеваемости за счет ориентации на специфические интересы учеников;
- редуцирование недостатков, вызванных аутизмом, за счет модификации и структурирования учебного окружения.

Выполнение перечисленных требований позволяет создать условия, в которых у учащихся, страдающих аутизмом, появляется возможность обучения. При этом следует обратить особое внимание на то, что структурирование – это в первую очередь условие, а не учебная программа.

Структурированное обучение ориентировано на визуализацию, так как именно этот аспект является сильной стороной аутичных людей.

В большинстве своем аутичные дети и молодые люди могут изучать тот же материал, что и остальные, имеющие такой же уровень развития. Трудности, которые они испытывают при восприятии и обработке учебной информации, усложняют процесс обучения и требуют определенной модификации его форм и средств. Обычные дети учатся путем подражания или поиска, переносят полученный опыт в новые ситуации, способны к планированию своей деятельности, образуют последовательности и с удовольствием их повторяют, проявляют интерес к окружению, а похвала и социальное признание подталкивают их к дальнейшему развитию. Дети и молодые люди, страдающие аутизмом, именно по данным аспектам выявляют наибольшие пробелы:

- речевая информация перерабатывается с трудом и быстро забывается;
- подражание значительно затруднено;
- однажды выученное не обобщается;
- планирование порядка действий требует сильной поддержки;
- они быстро отвлекаются и погружаются в свои интересы;
- у них замедленная реакция, и комплексные требования их перенапрягают;
- окружающим миром они интересуются лишь в той мере, в коей он служит удовлетворению их потребностей;
- социальное признание и похвала не поощряют их к достижению результатов.

Обучение детей с аутизмом нужно начинать с того уровня, на котором они находятся. В этой связи имеет смысл обратиться к их особым интересам (например, вращать предметы). Обучающие задания и планы действий зачастую могут разрабатываться с применением этих особых интересов. Аутичным людям нужны четкие правила, это придает им уверенность. Простой и четко структурированный язык помогает понимать содержание информации, особенно если это подкрепляется наглядным материалом.

Эмпирически доказано, что аутичные люди извлекают выгоду из структурирования окружающего мира и указаний к действию. При этом, чем ниже уровень развития, тем более детальным должно быть структурирование. ТЕАСН структурирует все и вся, но лишь в той мере, в которой это нужно для поддержки. При этом структурирование должно приспособливаться к развитию человека, но не становиться незыблемым правилом. С течением времени нужно постоянно пытаться редуцировать оказываемую помощь. И все же многие люди с аутизмом будут постоянно зависеть от этой помощи.

При работе с аутичными людьми в первую очередь структурируются время, пространство и деятельность. Особую роль при структурировании выполняют планы. С помощью визуальных эффектов они создают опоры, к которым всегда можно обратиться, вспомнить нужную информацию и проверить себя. Планы помогают ограничить отвлекаемость, так как способствуют концентрации внимания. Они делают ребенка более независимым от помощи других людей, помогать стать ему более самостоятельным. У аутистов существуют трудности с устной речью. Визуальная поддержка в виде плана дает им возможность лучше ее понимать. При составлении планов следует обязательно ориентироваться на пользователя и уровень его развития.

Различают следующие виды планов:

- планы времени (что меня ждет? когда что-либо начнется и когда закончится?);

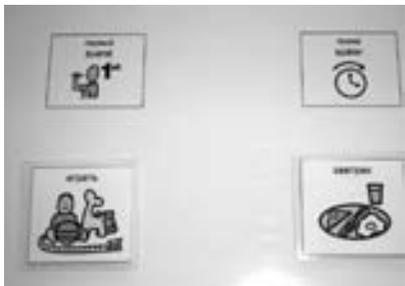
- планы-инструкции (как выполнить задание? в каком порядке осуществляется решение задачи?);
- рабочие планы (что я должен делать? сколько заданий я должен выполнить? когда я справлюсь? что будет затем?).

Существует ряд требований к оформлению планов:

- планы всегда составляются слева направо или сверху вниз;
- количество информации ориентировано на уровень развития пользователя (возможно, он может усвоить лишь два шага или его способность абстрагироваться настолько велика, что позволяет планировать достаточно большие промежутки времени, например, неделю);
- форма представления информации также ориентирована на уровень развития пользователя (это могут быть конкретные предметы, фотографии, картинки-символы или таблички со словами).

Организация работы с планом требует определенной последовательности. Сначала учитель вместе с пользователем подходят к плану и снимают первую картинку (объект, символ и т.д.). Затем картинку, которую нужно использовать в настоящий момент, берут с собой к месту, где будет происходить первое действие. Например, картинку с завтраком несут к столу, за которым завтракают (во время завтрака картинка лежит на столе). Как только завтрак будет закончен, нужно вернуться к плану и положить картинку в корзину выполненных дел. Далее берут следующую картинку и несут к месту действия. Процесс повторяется до тех пор, пока на плане не останется ни одной картинки. Сначала это происходит при поддержке учителя, со временем помощь извне постепенно уменьшается. Важно, чтобы каждый раз до начала учебного дня план был полностью оснащен учителем. Аналогично необходимо строить работу и дома.

Структурирование времени. Люди с аутизмом часто не знают, как долго длятся события, как они следуют одно за другим. Такая ситуация для них является пугающей и дезориентирующей. Средством ее профилактики и разрешения могут служить специальные планы, отражающие временную и событийную последовательность.



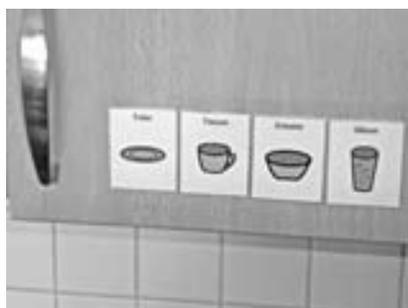


Структурирование пространства. Люди с аутистическими расстройствами имеют проблемы при ориентировании не только во времени, но и в пространстве. Поэтому они очень зависят от точности обозначения места их действия (например, «иди покатайся во дворе на велосипеде», но это очень неточная для аутиста информация: где именно во дворе нужно кататься на велосипеде?). Такие люди нуждаются в визуальной поддержке при пространственном ориентировании, им необходимо четко определять, где должна лежать рука во время еды, где можно оставлять обувь и т.д.

Визуальная поддержка при пространственном структурировании может касаться трех аспектов:

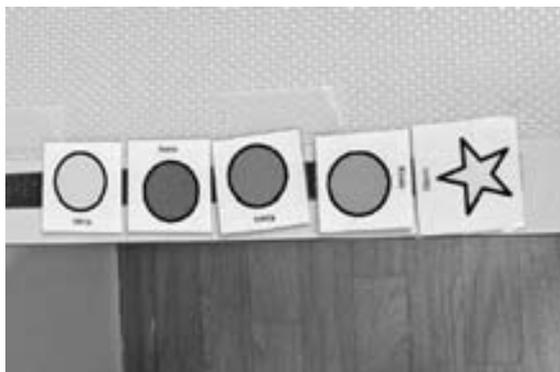


- где я? где я должен быть?
- что это? куда это относится?
- где что происходит?



Структурирование деятельности. Усвоение последовательности действий людьми с аутистическими расстройствами осуществляется с помощью планов-инструкций и рабочих планов. Планы-инструкции описывают, в каком порядке должно происходить действие (например, надевать одежду, осуществлять уход за телом и какие при этом необходимы средства). Рабочие планы представляют собой структурированные задания. Путем освоения структурированных заданий люди, страдающие аутизмом, как правило, получают возможность самостоятельно выполнять ту или иную работу, что является важной предпосылкой для их дальнейшей трудовой деятельности.

Структурированные задания объединяются в рабочие отделения. Рабочие отделения – это несколько заданий, которые выполняются в определенном порядке. При этом один символ плана (предмет, картинка и т.д.) соответствует одному заданию, которое нужно отработать. Выполненное задание отправляется в корзину, символ – в специальную коробку, следующий символ плана определяет второе задание, которое после успешного выполнения также отправляется в корзину. После того как все задания успешно выполнены, осуществляется вознаграждение. Обычно оно не является материальным, а представляет собой вовлечение ребенка в полезные



и приятные для него виды деятельности (например, прыжки на терапевтическом мяче в течение ограниченного времени и т.д.).

Следует обращать внимание на то, чтобы задания, находящиеся в рабочих ящиках, были посильными для учеников. Новые задания необходимо вводить постепенно и при поддержке педагога. При выборе рабочих заданий особое значение придается группировке. Она способствует развитию мышления, речи, учит стратегии решения задач, связанных с сортировкой предметов. При выполнении таких заданий ребенок начинает понимать некоторые связи между предметами, а также между предметами и словами (например, дети могут запомнить, что слово «сыр» применяется не только для обозначения одного его определенного сорта).

Таким образом, «структурированное обучение» обеспечивает ребенку с аутизмом обозримый, стабильный и надежный распорядок жизнедеятельности. Однако в процессе реализации следует очень внимательно следить за состоянием ребенка, сменой его настроения и при необходимости гибко реагировать, внося в режим его работы коррективы.

7.3. Организация помощи при нарушениях зрения Зузанне Рабэ (Германия)

Активное учение по методу Л. Нильсен

Лили Нильсен в течение 30 лет работала с детьми с нарушениями зрения в качестве психолога и учителя. Она активно изучала предпосылки обучения слепого ребенка с умственными ограничениями. Наблюдая данную категорию детей Л. Нильсен отмечала ряд особенностей их развития:

- с большим опозданием поднимают голову и учатся контролировать ее положение;
- намного меньше двигаются, в меньшей степени соприкасаются с окружающей средой и, следовательно, у них нет достаточных возможностей для восприятия объектов ближайшего окружения;
- появляется порочный круг: замедленное моторное развитие тормозит сенсорное, а это в свою очередь оказывает отрицательное влияние на моторику.

Концепция Л. Нильсен ориентирована на развитие у слепых детей с тяжелыми формами ограничений отсутствующих способностей. При этом основным средством воздействия является не специальная терапия или тренировка органов чувств, а особым образом организованная образовательная среда, в которой ребенок сам определяет темп и направление своего развития.

Л. Нильсон акцентирует внимание на следующих областях взаимодействия с ребенком:

- вывести из пассивного состояния, стимулировать активное завоевание и познание окружающего мира;
- обеспечить коммуникацию путем стимуляции двигательных функций.

Л. Нильсен придает особое значение развитию слухового восприятия. По ее мнению, необходимо избегать ситуаций, когда слепой младенец находится в хорошо изолированной от шума кровати, и любой издаваемый им звук гасится мягким матрасом, обивкой, подушкой и не может восприниматься ребенком. Для стимулирования слепого с помощью звуковых раздражителей нужно подготовить специальную среду, усиливающую шумы. Л. Нильсен предлагает класть ребенка на так называемую резонаторную доску, представляющую собой фанеру толщиной 4 мм, на конце которой прикреплена планка толщиной 3 см. Размеры доски в зависимости от размера ребенка могут быть 1,20 x 1,20 м или 1,50 x 1,50 м.



За счет полости между доской и полом возникает резонансный эффект. В результате каждый звук, издаваемый ребенком, усиливается и, соответственно, лучше воспринимается. Со временем ребенок начинает понимать, что шумы, которые он слышит, он сам же и создает.

Слепые дети обычно слышат и распознают так называемые «шумы на расстоянии» (например, телефонный звонок). Им может нравиться тот или иной звук, но они не в состоянии его повторить. Они – пассивные слушатели и не могут контролировать окружающую их среду. Согласно же концепции Л. Нильсен дети должны учиться быть активными слушателями, и могут достигать этого состояния путем установления контроля над звуками, которые сами же и производят (могут повторять, усиливать и ослаблять звучание).

Все специальные материалы, разработанные Л. Нильсен, направлены в первую очередь на стимуляцию собственной активности ребенка. Если ребенок с помощью резонаторной доски научился искать предметы, то ему нужно создавать ситуацию, которая всегда приводит к успеху. Поэтому

вблизи ребенка располагают не один-два предмета, а несколько десятков, и каждая его попытка что-то найти обязательно будет успешной. Такой положительный опыт повышает активность ребенка. Через некоторое время ему уже не будет нужна постоянная помощь взрослого для проявления своей активности. Однако это не означает, что ребенку не нужны совместные игры со взрослым. С его помощью он может получить вербальную информацию о своих действиях, предметах, которыми он манипулирует, и связанных с этим шумами. Взрослые ни в коем случае не являются лишними в специально созданной окружающей среде, наполненной разнообразными раздражителями и развивающими стимулами.

Для Л. Нильсен важно вывести ребенка из пассивного состояния путем создания окружающей среды, в которой он может развиваться самостоятельно. Она стремится стимулировать осознание ребенком своего Я. При этом предполагается, что взрослые учитывают и уважают чувства, желания и особенности доверенных им детей, признают их право на самостоятельность и поддерживают ее. Каждый ребенок должен ощущать себя активным человеком, а не только обладать опытом получения помощи со стороны. С этой целью учебные мероприятия обычно включают в себя ситуации выбора, которые стимулируют опыт принятия собственных решений.

Стимулирование по Л. Нильсен базируется на целостном подходе, который оставляет ребенку с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития пространство для осуществления своего образа жизни, собственных переживаний и действий. Педагог вмешивается в данные действия только для создания дальнейших стимулов познания окружающего мира. При этом ребенок со своими абсолютно индивидуальными потребностями постоянно указывает путь такого познания.

Для реализации своей концепции Л. Нильсон разработала множество различных развивающих материалов: «маленькую комнату», пружинную доску, «HOPSA-dress» и др.

«Маленькая комната». Установление связи между самим собой, событиями и объектами окружающего мира – это основа для восприятия себя. Ребенку с нарушениями зрения и двигательными ограничениями трудно активно познавать окружающее его пространство, поэтому, по мнению Л. Нильсон, «если ребенок не может подойти к окружению, то окружение должно прийти к нему». «Маленькая комната» помогает слепым детям и детям с множественными нарушениями создать представление о пространстве и различных видах взаимодействий в нем.

«Маленькая комната» создается с учетом подходящих для ребенка размеров. Предметы с различными свойствами свешиваются сверху и сбоку со стен, так что ребенок при каждом движении контактирует со своим окружением. «Маленькая комната» служит той самой рамочной основой для получения первого опыта о пространстве, который впоследствии становится базой для дальнейшего познания окружающего мира.



Если при помощи предмета издается звук, то со временем можно установить связь между звуком и предметом, что нельзя сделать со звуками, приходящими извне. Ребенок таким образом узнает, что звуки и предметы взаимосвязаны, и это является основополагающим условием дальнейшего познания окружающего мира.

Поскольку предметы в «маленькой комнате» постоянно находятся на одном и том же месте, действия с ними можно повторять. На основе самостоятельных манипуляций с предметами в пространстве «маленькой комнаты», ребенок получает возможность накапливать опыт взаимодействия с ними, сравнивать их между собой. «Маленькая комната» является для ребенка первой и самой важной возможностью получения «охватываемого» окружения. За счет активного контакта с окружающей действительностью учится отделять себя от внешнего мира. Он узнает пространственное и временное деление своей деятельности и следствия этого.

Выделяют несколько этапов взаимодействия в «маленькой комнате»:

- к предметам прикасаются случайно, наталкиваются на них, движения повторяются (возможно, ребенок сосет предметы, если он их может достать ртом, или прикасается пальцами);
- ребенок начинает брать и отпускать предметы или брать и держать их, он многократно повторяет эти действия;
- ребенок сознательно прикасается к предметам, изучает их руками и ртом, после соответствующего наблюдения предметы сознательно (целенаправленно) развешиваются в «маленькой комнате»;
- оснащение «маленькой комнаты» включает максимально возможное количество источников для получения самого разнообразного опыта (холод, тепло, твердое, мягкое, жесткое, колющее и т.д.).

За ребенком, находящимся в «маленькой комнате», внимательно наблюдают, фиксируют его предпочтения и в соответствии с ними оборудование «маленькой комнаты» регулярно обновляют. Для ее оснащения особенно хорошо подходят предметы домашнего обихода из ближайшего



окружения ребенка. Размеры «Маленькой комнаты» зависят от размеров ребенка. Существуют «Маленькие комнаты» для лежачих и ходячих детей.

«Essef-Board» («Пружинная доска»). Многие дети с нарушениями зрения слишком мало двигают руками и ногами. Недостаток мышечной силы и двигательной координации вызывает трудности развития равновесия тела, ослабляет веру в собственные двигательные возможности. «Пружинная доска» представляет собой устройство для терапевтической работы с детьми, у которых слабо развита моторика. Она служит для тренировки мускулатуры, координации и двигательных навыков.

Ребенок может оказывать давление на доску своими ступнями, когда лежит на спине на жесткой поверхности, сидит на коленях у взрослого или в инвалидной коляске. Данная поза позволяет ему ощущать сопротивление пружин. Он может раскачивать доску и видеть, что его собственные действия создают определенный эффект. Очень эффективны упражнения, когда ребенок сидит или стоит на доске, держась руками, например, за шведскую стенку или за стену, к которой прикреплена перекладина. Эти упражнения по мере развития ребенка можно усложнять и достичь такого уровня, при котором он будет самостоятельно балансировать или качаться на доске, держась руками за опору.



«Пружинная доска» состоит из двух окрашенных фанерных

щитов 40 x 60 см. Между ними находятся 6 металлических пружин, давление которых можно уменьшать, убрав 2 пружины. Высота – около 20 см.

Поверхность одной стороны «пружинной доски» ребристая, она обеспечивает интенсивное тактильное раздражение, а также используется для создания звуков пальцами или предметами. Кроме того, на доску можно класть различные предметы, которые при ее качании также двигаются и создают звуки.

«HOPSA-dress». Дети, которые не затренируют взаимодействие между движением, равновесием и впечатлениями от органов чувств, едва ли научатся ходить. Для того чтобы незрячие дети, имеющие дополнительные нарушения, стремились двигать ногами и ступнями, нужно дать им возможность для тренировки этих движений на основе получения аудиальной и тактильной обратной реакции. Приспособление «HOPSA-dress» позволяет ребенку свободно двигать руками и ногами, так что он постепенно учится переносить свой вес. Он также учится балансировать, экспериментировать и делать приготовления к самостоятельному стоянию и ходьбе. Кроме этого, за счет абсолютно свободного движения ступнями стимулируется его кровообращение. Руками и ногами он исследует свое окружение и может начать его понимать и запоминать.

Приспособление «HOPSA-dress» подгоняется под размеры ребенка. С помощью устройства наподобие лебедки ребенку придают вертикальное положение, и на ноги дают такую нагрузку, которую он может выдержать. С помощью специальной пластины, к которой прикреплена ходовая тележка, ребенок может передвигаться.

Очень важным перед применением устройства «HOPSA-dress» является исходное состояние ребенка. Нужно обязательно выяснить, может ли он контролировать положение головы. В противном случае могут возникнуть очень тяжелые повреждения головы при ее внезапном запрокидывании назад. «HOPSA-dress» не рекомендуется также использовать для детей с тяжелыми формами сколиоза, поскольку вертикальное положение тела усиливает сколиоз.



8. СЕКСУАЛЬНОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ И (ИЛИ) МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

8.1. Искаженные понятия о сексуальных отношениях

Тема «сексуальность и ограничение» получает в последние годы все большее внимание в профессиональных кругах, у родителей и других близких людей человека с ограниченными возможностями. Практика показывает, что принцип нормализации людей с тяжелыми множественными нарушениями затрагивает не только профессиональную сферу, трудовую занятость и досуг, но также и области партнерских, межличностных и сексуальных отношений. Статья 1 Декларации ООН гласит: «Человек с умственными ограничениями» имеет те же права, что и любой другой гражданин данного возраста данной страны». Люди с умственным и (или) физическим ограничением считаются в нашей культуре иногда «бесполовыми», не имеющими никакого права на отношения с партнером и сексуальность. Утвердившийся общественный идеал красоты исключает их из сферы сексуальной жизни. Например, женщины с нарушениями воспринимаются сначала как лица с разнообразными ограничениями и лишь потом как женщины.

Только в последнее время стали предприниматься попытки предоставлять молодым людям, женщинам и мужчинам с ограничениями возможность получения сексуального опыта. Их стали знакомить с такими вещами, как ласка, поглаживание, поцелуй, оказывать помощь в организации сексуальной жизни с партнером.

Партнерство для человека с умственным ограничением не означает в первую очередь генитальную область. Для них это - нежность, возможность что-то делать вместе, вырваться из изоляции. Из-за пространственных расстояний или из-за того, что их должны забирать или приводить родители, людям с умственными и другими формами ограничений сложнее прово-

дить свободное время со своим партнером или встречаться независимо от родителей или специалиста. Потребности и интересы людей с ограничениями сокращаются до признанных обществом, таких как еда, жилье, школа, работа, что приводит к значительному обеднению их внутреннего мира.

Реализация права на сексуальные отношения начинается с сексуального воспитания, которое необходимо активно проводить в семье и учреждении образования. Данная работа требует определенной готовности персонала и родителей, наличия у них адекватных установок проблеме сексуальности рассматриваемого контингента детей. Практика показывает, что у большинства людей, находящихся в контакте с детьми, имеющими тяжелые и (или) множественные нарушения психофизического развития, искаженное понятие о их сексуальности. И. Вальтер (J. Walter) выделил три основных барьера, которые могут возникать на этой почве между особым ребенком и окружающими его взрослыми.

Человек с ограничениями - невинный ребенок, сексуальность ему не свойственна. Слишком долго родители, попечители, преподаватели или другой персонал придерживаются мнения, что мужчины и женщины с нарушениями психофизического развития остаются вечными детьми. Восприятие их беспомощности, с одной стороны, и тот факт, что они вступают в сексуальные отношения, часто сильно противоречат друг другу. Партнерство и сексуальные отношения не подходят образу ребенка. «Большой ребенок» должен быть наивным, неиспорченным и невинным. Однако в публикациях по сексуальной медицине говорится, что физическое, половое и биологическое созревание людей с ограничениями протекает в большинстве случаев в соответствии с возрастом и независимо от интеллектуальных и физических факторов. Если женщине или мужчине с особенностями психофизического развития 30 лет, то их сексуальный возраст соответствует сексуальному возрасту 30-летнего человека, тогда как интеллектуальное развитие может соответствовать уровню 5-летнего ребенка.

Человек с ограничениями - распутник, его сексуальность опасна. Многих пугает мысль о том, что люди с особенностями психофизического развития имеют собственную сексуальную жизнь. В обществе все еще сохраняется предубеждение, что они не в состоянии управлять собой и тем более жить половой жизнью. То, что обычно воспринимается как «нормальное», в данном случае отвергается. Существует опасение, что сексуальная жизнь будет проявляться беспрепятственно. От страха и незнания взрослые реагируют на сексуальное возбуждение своих подопечных наказаниями или запретами.

Человек с ограничениями очень назойлив в своих сексуальных желаниях. Из-за недостаточно развитой способности к коммуникации у людей с особенностями психофизического развития могут возникать недоразумения. Так как многие из них объясняются с трудом, то для выражения своих чувств и потребностей они активно применяют язык тела (прикосновения, поглаживания и т.д.). Такое их поведение часто интерпретируется неправильно, и их называют «бестактными» и «назойливыми».

8.2. Аспекты психосексуального развития в период полового созревания детей с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития

Для всех детей и подростков период полового созревания является болезненным процессом физической и психической перестройки, полным потрясений и зачастую внезапных переломов в восприятии окружающего и в поведении в целом. С психологической точки зрения, могут возникать кризисы развития. Дети и молодые люди с особенностями психофизического развития в период полового созревания и юности переживают, как правило, те же процессы физической и психической перестройки. Однако в большинстве случаев этот процесс обусловлен несколько другими предпосылками, что на практике приводит к целому ряду психосоциальных ограничений.

Сексуальное развитие рассматриваемой категории людей обусловлено многими факторами:

- отношение педагогов / родителей;
- особенности ситуации в отдельно взятом родном доме / интернате;
- их не только недооценивают, но и меньше им позволяют;
- шансы на саморазвитие в игровом взаимодействии с ровесниками значительно меньше или ограничены.

В этой связи у людей с ограничениями возникает целый ряд проблем полового созревания.

Выраженное несоответствие физиологического возраста интеллектуальному развитию. Физиологический возраст во многом соответствует календарному возрасту, т.е. биологическое и половое созревание проходит независимо от психофизических ограничений.

Инфантильная регрессия. Инфантильная регрессия - это возврат к детским способам переживания и поведения. Процессы физического, умственного и социального созревания - огромный скачок вперед, и детское «Я» мобилизует всю психологическую энергию, чтобы справиться с этим постоянным процессом изменения. При этом оно прибегает к прежним стратегиям решения конфликтов. В результате впоследствии всплывают все нерешенные конфликты из детства и оживают младенческие потребности.

Кто я? Или вопрос о самоидентификации. Вопрос «Кто я?» является и для молодых людей с ограничениями - центральным вопросом юношеского возраста. Они понимают, в зависимости от степени ограниченности, что отличаются от остальных юношей и девушек. Зачастую они воспринимают себя как неполноценных.

Проблемы возрастающего уровня осознания собственного тела. Здесь речь идет об акцентуации собственного тела, его внешней формы. Молодые люди занимаются собственным телом, интересуются идеалами внешнего вида, моды. Начинается сравнение себя с людьми без ограничений, переидентифи-

кация и идеализация совершенного, но в конечном счете недостижимого строения тела. Отличие от остальных воспринимается как нечто очень отягчающее и нередко ведет к блокирующей фиксации на признаках ограниченности.

Первая менструация и первое семяизвержение. Многие молодые люди с ограничениями в период полового созревания с большим интересом наблюдают за изменениями собственного тела. Для большинства из них и в наши дни первая менструация и первое семяизвержение являются полной неожиданностью. Юношам проще понять это событие, которое ведет в большинстве случаев к частому самоудовлетворению в будущем. При семяизвержении во время сна юноши иногда остаются уверенными в том, что помочились в постель. Если из-за недостатка информации менструация застаёт девушку врасплох, это может вызвать сильный испуг. Девушка начинает думать, что она очень больна или что она умрет от потери крови. Вследствие этого могут развиваться страх и отвращение, что может привести к неприятию собственных половых органов и сексуальной жизни. В этом случае требуется сексуально-педагогическое разъяснение.

Самоудовлетворение / мастурбация. Эксперименты с собственным телом являются важным опытом в его идентификации.

Эротический опыт с ровесниками. В отличие от своих братьев и сестер молодые люди с ограничениями ущемлены и здесь. Лишь в исключительных случаях они испытывают эротическое внимание и воспринимают себя привлекательными для других. Им не хватает возможностей для восхищения собственным телом со стороны партнера или принятия собственного тела для его осознания. Дефицит общения со сверстниками в этом случае выступает как существенный недостаток.

8.3. Практические рекомендации по сексуальному воспитанию

Половое воспитание нужно начинать по возможности достаточно рано, с целью создания необходимых условий для гармоничного развития личности человека с ограничениями. Сексуальность - это энергия, которая не позволяет себя просто так успокоить или вытеснить эти ощущения, она снова и снова пробивается и отражается на поведении в негативной или позитивной форме. Важно принимать решения, оценивать и действовать не вместо человека с ограничениями, а вовлекать его в принятие собственных решений.

Процесс сексуального воспитания людей с ограничениями очень тщательно продумывается. Взрослые, работающие в этом направлении, должны применять специальные методы, широко использовать наглядность. Использование картинок, книг с иллюстрациями, фильмов, видео, специальных игр в данной работе имеет ведущее значение. Люди с ограничениями учатся путем постоянного повторения, имитации чужих и осуществления собственных действий.

В процессе сексуального воспитания детей учат различать приятные и неприятные прикосновения. Они должны понимать разницу между нежными прикосновениями и прикосновениями с целью гигиены и ухода. Им также необходимо разъяснять, какие прикосновения допустимы и разрешены, а какие нет. Это важно для предотвращения сексуального насилия и важный шаг в плане профилактики злоупотребления прикосновениями.

Выделяют ряд тем, которые нужно постоянно рассматривать, повторять или обсуждать с детьми, девушками и юношами, имеющими ограничения в психофизическом развитии:

- тело мальчика и девочки (ступени развития);
- тело мужчины и женщины;
- гигиена женщины, мужчины;
- схема тела: как ты называешь отдельные части тела?
- менструация женщины;
- мужчина и женщина, интимные отношения;
- от чего я должен защищаться? Страх перед СПИДом;
- как живут семьи вместе?
- я влюблен, я ищу подругу или друга.

Литература:

1. Ахиллес, И. А что же там делает ее сын? Умственное ограничение и сексуальность с точки зрения матери. - Мюнхен, 1990.

Achilles, I.: Was macht ihr Sohn denn da ? - Geistige Behinderung und Sexualität aus Sicht einer Mutter, München 1990.

2. Браун, Г. Я говорю. Рабочий материал по предотвращению действий развратного характера по отношению к девочкам и мальчикам. - Издательство ан дер Рур, 1992.

Braun ,G.: Ich sag- Arbeitsmaterial gegen den sexuellen Missbrauch an Mädchen und Jungen, Verlag an der Ruhr 1992.

3. Вальтер И. Сексуальная жизнь людей с особенностями умственного развития. Том 1. - Хайдельберг, 1996. Walter, J. : Pubertätsprobleme bei Jugendlichen mit geistiger Behinderung. In Walter, J. (Hrsg): Sexualität und geistige Behinderung, Band 1. Heidelberg 1996, S. 160 ff

4. Вальтер И. О сексуальной жизни людей с особенностями умственного развития. Позиция сотрудников как условная граница к подавлению или нормализации в интернатах. - Рейнштеттен, 1980. Walter, J.: Zur Sexualität Geistigbehinderter. Die Einstellung der Mitarbeiter als Bedingungsrahmen zur Unterdrückung oder Normalisierung in Behinderteneinrichtungen. Rheinstetten 1980.

5. Федеральное объединение «Лебенсхильфе» (Помощь жизни): Материалы по половому просвещению и педагогическим вопросам для работы с людьми с умственными ограничениями. - Издательство Бельтц, Вайнхайм и Базель, 1999. Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hrsg) : Sexualpädagogische Materialien für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen. Beltz Verlag, Weinheim und Basel 1999.

Список авторов

Зузанне Рабэ, директор специальной школы для детей с тяжелыми и множественными нарушениями психофизического развития г. Фестенвальд, преподаватель факультета социальной педагогики Потсдамского университета, член Союза немецких специальных педагогов.

Эльке Крамер, эрготерапевт, эксперт по подготовке и повышению квалификации эрготерапевтов.

Франциска Готан, реабилитолог, специалист по подготовке реабилитологов.

Валле Гейслер, социальный педагог, преподаватель факультета социальной педагогики Потсдамского университета.

Даниела Штюрге, лечебный педагог, специалист по подготовке лечебных педагогов.

Инна Николаевна Миненкова, старший преподаватель кафедры педагогики и психологии непрерывного образования ИПК и ПК БГПУ.

Вероника Валерьевна Радыгина, преподаватель кафедры педагогики и психологии непрерывного образования ИПК и ПК БГПУ.

Елена Аркадьевна Якубовская, учитель-дефектолог Первомайского ЦКРОиР г. Минска.

Учебное издание

Гайдукевич Светлана Евгеньевна
Валле Гейслер
Франциска Готан и др.

**Обучение и воспитание детей в условиях центра
коррекционно-развивающего обучения и реабилитации**

Учебно-методическое пособие
2-е издание

Редактор С. Гайдукевич
Корректор Л. Базулько
Дизайн и верстка А.Ягелло
Ответственный за выпуск Е. Титова

Подписано в печать 20.10.07. Формат 60x84 1/16.
Бумага офсетная. Гарнитура FreeSet.
Печать офсетная. Усл.печ.л. 8,37. Уч.-изд.л. 7,2.
Тираж 1000 экз. Заказ №

УО «Белорусский государственный педагогический
университет имени Максима Танка»
Лицензия №02330/0133496 от 01.04.04.
Лицензия №02330/0131508 от 30.04.04.
Адрес: 220050 Минск, ул. Советская, 18.

Отпечатано в типографии ООО «Ольден»
Лицензия №02330/0150062 от 02.05.2005г.
220089, г.Минск, ул.Железнодорожная, 27/2.

ISBN 978-985-501-647-3



9 789855 016473