

Направления взаимодействия клинических специалистов и специалистов психолого-педагогического профиля в вопросе реабилитации и социализации ребёнка с последствиями органического поражения ЦНС

Литвинова Ольга Глебовна

*Приамурский государственный университет им.Шолом-Алейхема
студент*

Бойко Елена Леонидовна

*ДВ центр клинической неврологии “Невродом”, г.Хабаровск
психолог*

Краснова Марина Александровна

*ДВ центр клинической неврологии “Невродом”, г.Хабаровск
к.м.н, детский невролог, врач высшей квалификационной категории*

Аннотация

В статье рассматривается реализация комплексного подхода в реабилитации и социальной адаптации ребёнка с последствиями органического поражения ЦНС со стороны специалистов психолого-педагогического профиля и клинических специалистов, с включением в этот процесс ближайших родственников пациента.

Ключевые слова: психология, педагогика, теория Ж.Пиаже, медикаментозная терапия, поведение, мышление.

The directions of interaction of clinical experts and experts of a psychology and pedagogical profile in a question of aftertreatment and socialization of the child with consequences of organic lesion of the central nervous system

Litvinova Olga Glebovna

*Sholom-Aleichem Priamursky State University
student*

Boyko Elena Leonidovna

*Far East center of a clinical neurology “Nevrodom”, Khabarovsk
psychologist*

Krasnova Marina Aleksandrovna,

*Far East center of a clinical neurology “Nevrodom”, Khabarovsk
candidate of medical sciences, children's neurologist, doctor of the highest
qualification category*

Abstract

In article realization of an integrated approach in aftertreatment and social adaptation of the child with consequences of organic lesion of the central nervous system from experts of a psychology and pedagogical profile and kliichesky experts is surveyed, with including in this process of the immediate family of the patient.

Keywords: psychology, pedagogics, Ge. Piaget's theory, medicamental therapy, behavior, thinking

Проблема совместной работы специалистов клинического направления и специалистов психолого–дефектологического профиля в вопросе реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья на сегодняшний день становится всё более актуальной и требующей подробного изучения. Не секрет, что количество людей с ОВЗ по данным Всемирной организации здоровья неуклонно растёт, это связано во-первых, с ростом численности населения в мире, улучшения возможности медицины в плане диагностики и лечения, а также увеличения общей продолжительности жизни людей. По оценкам ООН, мире инвалиды составляют 10% от общей численности населения. Болезни нервной системы в структуре детской инвалидности составляет 19,5%. Рост перинатальной патологии за последние годы составил 35% [5]. Особая группа людей, точнее, населения, в которую включаются люди с ограниченными возможностями здоровья, относят к группе инвалидов. Инвалидизация детей является тревожной тенденцией, тем более что, по мнению учёных, количество детей с ОВЗ будет продолжать расти. Излишне говорить, что этот фактор является серьёзной структурной проблемой, затрагивающей экономические, внутривполитические, духовные, информационные интересы для общества и государства в целом. ВОЗ относит социальную защиту инвалидов к проблемам первостепенной важности [2].

Актуальность рассматриваемой темы, на наш взгляд, самым тесным образом связана с основными принципами реабилитации, такими, как принципы комплексности, этапности, непрерывности, индивидуальности реабилитационных мероприятий, преемственности, активного участия пациента в реабилитационной программе. Мы относим к наиболее важным принцип комплексности, поскольку именно от согласованности действий специалистов медицинского и иного характера с самого первого этапа реабилитации зависит успешность всего последующего процесса восстановления/компенсации утраченных, нарушенных или недоразвитых функций организма пациента. В настоящее время возможности реабилитации значительно расширились, для наиболее успешного результата широко используются различные методы – как традиционные медицинские, так и нетрадиционные. Сюда относятся и различные терапии, широко применяемые клиническими специалистами, включая новейшие разработки в сфере медицины, биологии и химии, и признанные методы народной медицины; методы физической реабилитации, психологической реабилитации, школа

больного и родственников, учащие родных пациента жить с имеющимся заболеванием близкого человека), трудотерапия и другое [7].

Таким образом, по нашему мнению, именно комплексное воздействие специалистов различного профиля, а также участие ближайших родственников позволяет говорить об успешной реабилитации ребёнка с ОВЗ.

В нашей статье мы рассматриваем реальный клинический случай, посредством которого раскрываются этапы медицинского и психологического сопровождения девочки-подростка. Маргарита Л. 12 лет, находится под наблюдением клинических специалистов, а также специалистов психологического и дефектологического профилей с 4 лет. На первом приёме провести осмотр ребёнка в условиях стационара не представлялось возможным из-за резкой возбудимости и истеричности пациентки. Поэтому было принято решение проводить необходимые ежеквартальные осмотры с оследующими рекомендациями по применению медикаментозных препаратов в домашней обстановке.

Неврологический статус. Пришла на приём в стационар в октябре 2010 года. Возраст на момент осмотра - 5 лет.

От первой беременности, отёки, масса тела при рождении – 3500,0; сидит с 4 месяцев, ходит с 10 месяцев.

Ребенок с задержкой речевого развития, боязнь врачей, страхи, низкая обучаемость, истерична, плаксива, демонстративна. Живёт в своём мире, любит мелкие игрушки, которые складывает в одну конструкцию, не контактна, отключается на обращение. В контакт вступает неохотно, одергивает руку, в глаза смотрит редко. В речи эхолалии, отвечает не всегда по существу, односложно, иногда повторяет заданный вопрос, внимание неустойчивое, мышление аутистичное. Знает некоторых животных, подражает их звукам. Собирает картинки, периодически произносит фразы из мультфильмов. Больна с 2,5 лет, симптомы проявились после посещения медицинского учреждения. Мышечный тонус – обычный. Походка в норме. Сухожильные рефлексы d=s, с нижних конечностей оживлены. Говорит 3-4 слова. Предложения не согласованы, теряются слова, в контакт вступает с трудом, эхолалия, повторение фраз и выражений. Адекватных ответов на вопросы не даёт.

Был выставлен диагноз: Ограниченное поражение головного мозга с легкими когнитивно-волевыми и умеренными эмоционально-волевыми нарушениями, вследствие перинатальных факторов .

За весь период наблюдений 2011 года в динамике – улучшение, увеличился запас слов, появилась усидчивость, заинтересованность, последовательность действий. Сохраняется эхолалия, повторяет обращенные фразы, нет осознания “Я”; предложения не формулирует, на вопросы отвечает не всегда, но обращенную речь понимает, показывает части тела. По мере продолжения медикаментозного лечения продолжает улучшаться общее состояние, увеличивается запас слов, есть фразовая речь с сохранением

эхолалии, замкнута, не общается со сверстниками, отмечается умеренный негативизм, стала посещать детский сад.

С сентября появились предложения, эхолалия сохранена. Общается, но в контакт вступает с трудом, присутствует капризность, признаки негативизма.

Описанный период начального взаимодействия с девочкой мы условно относим к первому этапу реабилитации. В этот промежуток времени к медикоментозной терапии были подключены занятия с детским психотерапевтом, использовавшим для коррекции нежелательно поведения пациентки методику игровой терапии. Занятия с психотерапевтом проводились на протяжении данного и следующего реабилитационного этапов дважды в неделю, продолжительностью 50 минут. Первые видимые результаты, в виде уменьшения истеричности, большей контактности и попыток взаимодействия проявились у ребенка спустя три месяца после начала комплексного взаимодействия клинических специалистов.

Второй этап реабилитации ребёнка мы связываем с включением в систему комплексного взаимодействия на постоянной основе таких специалистов как нейропсихолог, логопед, инструктор ЛФК, физиотерапевт, и датируем его начало 2012 годом. Проводимые процедуры осуществлялись в пределах стационара и частично в домашних, учитывая рекомендации по об индивидуальным занятиям, и включение мамы пациентки в процесс реабилитации. В свою очередь, в данный этап, по нашему мнению, в разрезе рассматриваемой нашей темы, целесообразно произвести “встраивание” подструктуры участия специалистов психолого-педагогического профиля в общую структуру реабилитации ребёнка, учитывая их максимальную значимость. Таким образом, говоря о начале второго этапа работы с пациенткой, мы можем говорить одновременно и о начале первого этапа психолого-педагогической коррекции.

Предварительно было проведено полное клинико-психологическое обследование. Возраст на момент обследования – 6 лет.

Психологический статус (из заключения психолога).

Когнитивное развитие: испытывает трудности в речемыслительной деятельности, мышление конкретное, обобщенные доступны, выделяет существенные признаки при классификации, внимание неустойчивое. Продуктивность когнитивной деятельности имеет незначительные колебания и зависит от эмоционального состояния ребенка. Невербальные задания выполняет на достаточном уровне. Вербальные задания затруднены и требуют повторения инструкции, но при предъявлении наглядного материала продуктивность выполнения повышается. В целом операционный уровень гностического компонента (зрительная память, механическое внимание, конкретно-наглядное мышление) соответствует возрасту, но в состоянии эмоционального дисбаланса резко снижается.

Характеристики деятельности, работоспособность: темп деятельности неравномерный с большой латентностью. Поощрение не всегда определяет темп деятельности, но имеется ориентация на порицание. В

целом деятельность связана с индивидуальным вниманием взрослого. Обучаемость достаточная, но нуждается в большом объеме наглядной помощи. Эффективность обучения связана с реализацией индивидуального подхода и организацией группового взаимодействия. В игровой деятельности подражает действиям взрослого. Сюжетная игра быстро теряет символическое значение и трансформируется в стереотипную манипуляцию деятельностью, быстро вызывает пресыщение, на фоне которого наблюдается обструкция поведения.

Эмоционально-личностное развитие: беспредметная тревожность, боязливость, эмоциональная лабильность. Испытывает трудности в самоорганизации коммуникативного взаимодействия с окружающими при имеющейся потребности в общении. Адекватность поведения недостаточна при выполнении учебных заданий, но в неформальной ситуации достаточная. Произвольность регуляции и контроль собственных действий снижен, контроль двигательных и эмоциональных реакций определяется организацией внешней среды.

Заключение: эмоционально-волевые и аффективно-коммуникативные нарушения развития.

Рекомендована коррекционная работа, направленная на гармонизацию уровней аффективной сферы, коммуникативных функций, индивидуальное обучение.

На данном этапе в процесс реабилитации пациентки была подключена активная помощь психолога. Проведённое психологическое обследование Маргариты специалистом предполагало тесное взаимодействие с психоневрологом, который определял физические возможности здоровья пациентки. Важнейшими целями психолого-педагогической коррекции является переход пациентки от наглядно-действенного мышления с визуальным подкреплением на наглядно-образное мышление, и далее на образно-логическое мышление. В основу реализации поставленных задач положена онтогенетическая концепция Ж. Пиаже.

Проведение диагностики психологического состояния ребёнка проводилась с использованием метода беседы, наблюдения за деятельностью девочки, и использования некоторых стандартизированных методик. В частности, с учетом возраста девочки, использовалась методика “Дом-Дерево-Человек”, предполагающая изучение личностных особенностей ребёнка, его поведенческих особенностей и внутренних мотивов; тест тревожности Тэммл, Дорки, Амен – данная методика была направлена на выявление уровня тревожности девочки к ряду типичных ситуаций, в том числе выявления характера её взаимоотношений со взрослыми в семье и сверстниками; методика “Несуществующее животное”, которая позволяет изучить личностные особенности испытуемого в точки зрения различных факторов: уровень активности, самооценка, наличие страхов, творческие способности и прочее. Диагностика психологического состояния проводилась в условиях стационара, с визуальной поддержкой даваемых инструкций. Данные о состоянии ребёнка постоянно дополнялись из устных бесед с

мамой, и консультаций с лечащий врачом. Целью психолого-педагогической коррекции ребенка на данном этапе определялась перестройка психики и поведения ребёнка, приобретения характера произвольности; формирование целенаправленной игровой деятельности и осознание себя в ней.

Для работы с девочкой на всём протяжении первого этапа психолого-педагогической помощи использовался метод интраспективной психологии, включающий в себя помощь в осознании ребёнком себя, своего “Я”. Мы исходим из того, что, несмотря на существующие разногласия в применении данного метода в отношении детей, его эффективность в сочетании с различными игровыми методиками даже на ранних этапах развития ребёнка, является весьма высокой. Установление эмоционально-личностного контакта с ребёнком, использование сказкотерапии, арт-терапии, символдрамы, появившейся в нашей стране в 1994 году вместе с переведенными Я. Л. Обуховым работами Х.Лейнера, который является основателем данного метода (нарисовать страшный персонаж, сделать его добрым, отыграть различные ситуации с этим существом, и т.д.), игротерапия - все эти и другие методики психологического воздействия позволяют эффективно прорабатывать совместно с маленьким пациентом осознание его внутренних страхов, ослабление их воздействия на поведение ребенка, укрепление его самоосознания, что в конечном итоге ведет к формированию целостного личностного компонента, пригодного для дальнейшего всестороннего развития и социализации.

В процессе реабилитации на данном этапе постоянно проводились занятия с логопедом. По итогам обследования ребёнка логопедом было вынесено заключение об ОНР 2 уровня, что определялось скудным словарным запасом, множественными ошибками в употреблении слов, однако присутствовали начальные элементы общеупотребительной речи. Занятия по коррекции речи проводились дважды в неделю по 50-60 минут в условиях стационара, а также дополнительно в домашних условиях выполнялись задания, рекомендованные специалистом для закрепления полученных результатов. Основной упор делался на обучение пациентки правилам грамматики и лексики. Девочка обучалась грамотному выстраиванию фраз, корректировалась перестановка звуков в словах, уместное употребление предлогов и другим нюансам. В работе использовались дидактические материалы Теремковой Н.Э. Параллельно были в процесс включены занятия с инструктором ЛФК по проведению курсов занятий с применением развивающе-коррекционного комплекса с видеобиоуправлением “Тимокко”. По итогам проведённых занятий с данным комплексом у девочки улучшилась память, повысилась скорость реакций, проявилась способность распределять внимание и игнорирование отвлечений во время занятий или игры; помимо этого, наблюдалось улучшение в плане увеличения диапазона движений, понимания положения тела в пространстве, укрепление и стимулирование мышц плечевого пояса и рук. Занятия с “Тимокко” проводились курсами, по 12 занятий продолжительностью 40

минут. Кроме того, на протяжении второго восстановительного периода были проведены курсы процедур микрополяризации и ТОМАТИС.

Весь второй период реабилитации нейропсихологом наряду с индивидуальными занятиями с девочкой, также активно применялась методика БОС (биологическая обратная связь). Применение данной методики зарекомендовало себя с положительной стороны как средство коррекции девиантного поведения у детей при СДВГ, расстройствах аутистического спектра, стрессе и ряда других. В нашем случае курсовое применение данной методики привело к таким положительным результатам как навыкам самоконтроля у ребёнка, саморегуляции, устойчивости внимания и коррекции собственного поведения. Большая часть проводимых процедур и мероприятий в этот период носила игровой характер, что способствовало большей заинтересованности пациентки в занятиях.

Психоневрологический статус на данном этапе определялся следующими факторами: по итогам проведённого медикаментозного лечения общее состояние улучшилось; стала более адекватна, идёт на контакт; называет предметы, приносит по просьбе вещи, стала читать, предпочитает детские стихотворения, собирает фигуры, обобщает, но путает понятия “больше – меньше”, не может долго заниматься, счёт недостаточный, абстрактное мышление снижено. В динамике – эмоционально стабильна. Контакту доступна, но в разговор не вступает, падежи, время, союзы путает, предметы называет, отвечает после неоднократного повторения и привлечения внимания, собирает пазлы, цвета знает, считает.

При осмотре в июле поведение Риты было неадекватно; усидчивость кратковременная, внимание быстро переключается, речь с элементами эхолалии, память и мышление недостаточно сформированы, в виду чего контакт затруднён. Рассказ не составляет, предметы не группирует, среди предметов лишний не исключает, не употребляет глаголы по назначению, не отвечает на вопросы, либо отвечает фразами из мультфильмов. После проведения очередного курса скорректированной медикаментозной терапии поведение ребёнка удалось выровнять до адекватного, эхолалия в речи сохраняется, стала спокойнее, появился негативизм. За период терапии наблюдается улучшение в виде концентрации внимания, кратковременные включения в занятия, возможность разговора, считает, читает, говорит, что делают дети, хорошо расположена на осмотре. В данный период ребёнку была оформлена инвалидность; проведёны курсы мануальной терапии, общего массажа, и укрепляющего верхний плечевой пояс и спину.

По мере комплексного воздействия на физическое и психологическое состояние ребёнка, наблюдались постепенные, но непрерывные улучшения. В связи с чем можно говорить и об улучшении когнитивных возможностей девочки.

В 2013 году было проведено следующее полное клинико-психологическое обследование. На момент обследования – 8 лет.

Из заключения по итогам обследования ребёнка:

Когнитивное развитие: сохраняются трудности в речемыслительной деятельности, при тестировании выделяет существенные признаки, исключает лишнее, мышление конкретно-наглядное. Внимание неустойчивое, объем внимания снижен, концентрация и переключение на среднем уровне. В целом внимание зависит от мотивационного компонента. Продуктивность когнитивной деятельности имеет колебания и зависит от эмоционального состояния ребенка, несколько затруднена целостность восприятия. Кривая слуховой памяти соответствует возрастной норме, кривая зрительной памяти несколько снижена вначале, что говорит о недостаточности зрительного восприятия и зависимости от мотивационного компонента. В целом операционный уровень гностического компонента соответствует возрасту. Речь аграмматичная, несбалансирован объем произвольной речи в сторону увеличения непроизвольной речи затруднено выделение главной мысли и сопутствующей.

Характеристики деятельности, работоспособность: темп деятельности может быть неравномерным часто из-за утомляемости, неуверенности, либо неустойчивости внимания. Обучаемость достаточная.

Эмоционально-личностное развитие: сохраняется эмоциональная лабильность, тревожность, неуверенность в себе при достаточной активности и целенаправленной инициативности. Испытывает трудности в самоорганизации деятельности, а также в коммуникативном взаимодействии с окружающими при имеющейся потребности в общении. Адекватность поведения может быть несколько снижена при выполнении учебных заданий, но в неформальной ситуации достаточная. Речевая коррекция ребёнка достаточная поскольку имеется ориентация на поощрение или порицание. Произвольность регуляции, критичность, контроль собственных действий и эмоциональных реакций снижены. Контроль двигательных реакций достаточный.

Заключение: общее недоразвитие речи, эмоционально-волевые нарушения развития.

Рекомендована логопедическая коррекция речи, коррекционная работа, направленная на гармонизацию уровней аффективной сферы, коммуникативных функций, самовосприятия, развития эмоционального интеллекта. Эффективность обучения связана с организацией группового взаимодействия и реализацией индивидуального подхода.

В структуре общей реабилитации ребёнка, мы данный этап относим ко второму этапу в подструктуре психолого-педагогической коррекции. Основной задачей на данном этапе являлась формирование сознания пациентки, формирование концентрации внимания с целью подготовки её к учебной деятельности, что включает в себя учебные навыки и поведение. Второй задачей мы устанавливали продолжение формирования самоопределения ребёнком себя в учебной деятельности как носителя знаний. Третья задача выражалась в необходимости развитии навыка установления связей пациентки с внешним миром, начала социальной адаптации.

Дальнейшие осмотры ребёнка проводились психоневрологом совместно с психиатром.

Лечение проведено полностью, негативных изменений в состоянии ребёнка не наблюдается. В динамике – улучшение в виде появления направленного внимания, речи, речевое развитие с положительной динамикой, направленный счёт, однако трудности с абстрактным мышлением. В контакт вступает, дает смотреть себя в течение 2-3 минут, эхολалия лёгкая. При осмотре выявлен более выраженный негативизм, реакции протеста, нарушение поведения. Нарушение контактов со сверстниками, приступы истерики. Стала лучше засыпать. Общее состояние улучшилось, идёт на контакт, читает, пересказывает слабо, отвечает односложно, мама ребенка направляет, сохраняется эхολалия, переставляет слоги, вырос словарный запас, стала инициировать общение, выполняет инструкции, поведение упорядочено. Можно отметить более устойчивое настроение, эмоции, проявляет самостоятельность – отходит от мамы на прогулке, идёт одна. Сохраняется страх перед животными (собаки, кошки, птицы).

За данный временной промежуток было проведено санаторно-курортное лечение, включающий гидромассаж, солёно-хвойные ванны, электросон, тубаж, грязевые аппликации и массаж шейно-воротниковой зоны.

2014 год. Психологический статус. Проведено полное клинико-психологическое обследование. Возраст на момент обследования – 9 лет.

Когнитивное развитие: сохраняются трудности в речемыслительной деятельности, при тестировании выделяет существенные признаки, исключает лишнее, мышление конкретно-наглядное. Устанавливает последовательность событий, но затрудняется с нахождением причинно-следственных отношений. Затруднена целостность восприятия. Определение фигуры и фона выполняет при помощи. Внимание концентрирует, но не надолго, объём внимания снижен, переключение на среднем уровне. В целом внимание зависит от мотивационного компонента. Продуктивность когнитивной деятельности имеет колебания и зависит от эмоционального состояния ребёнка. Быстро формируется стереотипность мышления. В целом операционный уровень гностического компонента соответствует возрасту, но развит неравномерно вследствие нарушения динамики мышления и его инертности, неустойчивости мотивационного компонента психических процессов. Речь аграмматичная. Выявляется паралогичность суждений. Голосовая модуляция скандированная. При достаточной речевой инициативе коммуникативная функция недостаточно сформирована, не сбалансирован объём произвольной речи в сторону увеличения произвольной речи. Затруднено выделение главной мысли и сопутствующей.

Характеристики деятельности, работоспособность: темп деятельности может быть неравномерным, часто из-за утомляемости, неуверенности, неустойчивости внимания. Обучаемость достаточная. Однако

наблюдается зависимость от мотивационно-поведенческих особенностей девочки.

Эмоционально-личностное развитие: эмоциональная лабильность, протестность, демонстративность, тревожность, неуверенность в себе при достаточной активности, инициативности и целенаправленности в личностно-значимой деятельности. Девочка испытывает трудности в самоорганизации произвольной деятельности, а также в коммуникативном взаимодействии с окружающими при имеющейся потребности в общении. Возможна речевая коррекция поведения, поскольку сформирована ориентация на поощрение либо порицание. Произвольность регуляции, критичность, контроль собственных действий и эмоциональных реакций снижены. Контроль собственных действий и эмоциональных реакций снижены, контроль двигательных реакций достаточный. Выражено влияние личностно-значимых установок накладывающих отпечаток на продуктивность произвольной деятельности и адаптивное поведение в целом.

Заключение: формирование паталогического радикала личности с сопутствующими эмоционально-волевыми нарушениями развития. Динамика психического развития прогрессирующая.

Рекомендована логопедическая коррекция речи. Коррекционная работа, направленная на гармонизацию уровней аффективной сферы, коммуникативных функций, самовосприятия, развития эмоционального интеллекта. Эффективность обучения связана с организацией группового взаимодействия и реализацией индивидуального подхода.

Неврологический статус. Консультации проводятся совместно с психиатром.

В начале нового периода наблюдения за ребёнком по словам матери отмечается плохой сон и раннее пробуждение. В связи с отменой медикаментозного лечения состояние ухудшилось. Контактна, но внимание рассеянно, быстро отвлекается, истощается. После проведения курса медикаментозной терапии состояние постепенно улучшилось. Получает Рисполепт, стала подчиняться регуляции, слушает. Выполняет инструкции, но имеются вспышки негатива. Наблюдается раздражительность, периодическое упрямство. В динамике – стала понимать и выполнять инструкции, дольше удерживает внимание, поведение стало уравновешеннее. Выполняет группировки, исключает лишнее. На приёме ведёт себя адекватно, идет на контакт, инструкции выполняет, считает, читает, составляет небольшой рассказ, пытается знакомиться с другими детьми, пользуется несогласованными фразами. В связи со сменой сезона наблюдается отключение внимания, реагирует на смену погодных условий, нарушение обучаемости, нарушение абстрактного мышления, быстрая истощаемость. Сохраняется негативизм, неустойчивость внимания, избирательная память. Эмоциональная лабильность. После пройденного курса ФБУ “Тимокко” улучшилась координация, моторика движений.

Третий этап реабилитации носит характер преимущественно социальной адаптации ребёнка. Рита стала посещать спортивную секцию у-

шу, студию изобразительного искусства, театральный кружок. Наряду с безусловной пользой этих хобби-кружков, основной целью их посещения было постепенное введение девочки в детский социум и возможность обеспечить ей возможность составления собственного представления о характере взаимоотношений между сверстниками, а также возможность вовлечения девочки в общую деятельность. Помимо этого, продолжалась работа с инструктором ЛФК – курсовые комплексы “Тимокко”, работа с логопедом, транскраниальная микрополяризация, регулярно проводились курсы мануальной терапии, “Томатис”, массаж общий укрепляющий верхний плечевой пояс, спину.

Психологический статус (из характеристики классного руководителя Маргариты) на период 2015 – 2016 годы. Возраст на моменты обследования – 10 и 11 лет соответственно.

Когнитивное развитие: темп деятельности неравномерный, характерны спады настроения во время выполнения задания. Испытывает сложности при переключении внимания. Способность к концентрации и удерживанию внимания низкая. Словарный запас беден, обиходно-бытовой. На похвалу и на предлагаемые задания реагирует адекватно.

Характеристики деятельности, работоспособность: нуждается в помощи направляющего и обучающего характера. Способность к переносу на аналогичные задания осуществляется частично, требуется дополнительное время на закрепление навыка. Работоспособность низкая, но путем совместного с родителями контроля над деятельностью возможно увеличение работоспособности и продуктивной деятельности. Испытывает трудности при восприятии инструкции на слух и прочитанной самостоятельно, требуется их разъяснение и уточнение.

Сформированность учебных навыков на достаточном уровне. Сформированы понятия числа, числовой последовательности. Вычислительный навык сформирован на уровне средней границы программных требований. Навык решения задач сформирован не полностью – называет выбор действий, но затрудняется в записи краткого условия задачи. Темп чтения сформирован, чтение слоговое. Понимание прочитанного с помощью наводящих вопросов. Затрудняется в пересказывании прочитанного. Навык каллиграфического письма сформирован, списывает с печатного и рукописного текста, с ошибками. Предложения по картинке самостоятельно составить не может. На вопросы отвечает односложно.

Эмоционально-личностное развитие: тревожна, не уверена в себе. Стеснительна, отзывчива, самооценка низкая. Проявляет сочувствие к окружающим.

Начало данного этапа в психолого-педагогической структуре реабилитации ребенка мы относим к третьему; он продолжается и в настоящее время. Основной задачей данного этапа является формирование мышления девочки, без внешней помощи. Сюда мы включаем умение анализировать информацию в контексте текущей общей ситуации, развитие

эмоционального интеллекта: самопонимания, осознание собственных мотиваций, эмпатии. На данном периоде реабилитации в перечень применяемых методик мы включаем также метод глобального чтения, суть которого сводится к тому, что ребёнок на протяжении длительного времени регулярно воспринимает зрительно и на слух написанные целиком слова, словосочетания и короткие предложения. Это, по итогам исследования врачами Института Домана (США), приводит к тому, что ребёнок самостоятельно выводит для себя технологию чтения любых слов и текстов. Иными словами, в отличие от традиционного подхода обучения “от простого – к сложному”, в результате применения такого метода, мозг ребёнка накапливает информацию и начинает накопленный объём анализировать. Это тем более важно, учитывая специфичность строения психики детей с расстройствами аутистического спектра. Говоря о дополнительных методиках в разрезе основного метода клинической беседы, мы также отмечаем и традиционный метод наблюдения и метод включения в общую деятельность, в нашем случае - в учебную.

С начала третьего этапа психолого-педагогической коррекции и в настоящий момент в работе с Маргаритой активно используется интенсивный лингво-психологический подход, подразумевающий, что согласно закона ассоциаций, слова строятся в своего рода “гнезда” или ряды по смежности (Н.В.Крушевский), формируя таким образом разнообразие ассоциаций между словами и их отдельными разрядами.

Неврологический статус. Консультации проводятся совместно с психиатром.

На очередном приёме контакту доступна, но превалирует негативизм, настроение неустойчиво, эмоционально лабильна, моторная алалия. Состояние устойчиво улучшается. На приём принесла свои рисунки, комментирует их, на контакт идёт, в речи аграмматизмы. Также при осмотре наблюдается неустойчивость настроения и внимания, слабость волевых побуждений, обучение с помощью взрослых. Мышление наглядно-образное, выполнение заданий с дополнительной стимуляцией, быстро истощается, поведенческие нарушения, “соскальзывает” при составлении ответа на заданный вопрос, настроение неустойчивое, но управляемо, память хорошая, общение предпочитает со взрослыми.

Психологический статус. (из заключения психолога Детского психиатрического стационара по месту наблюдения по состоянию здоровья) по состоянию за 2017 год. Возраст на момент обследования – 12 лет.

Когнитивное развитие: Со слов родителей в бытовых вопросах ориентируется, но сохраняются проблемы с мелкой моторикой. Санитарно-гигиенические навыки усвоены в полном объёме. Временные и пространственные представления сформированы, но требуется небольшая помощь. Так как может путать их. В беседе активна, сведения о себе сообщает. В глаза смотрит, но прямой взгляд не удерживает. Двигательно немного расторможена: крутит головой по сторонам, ерзает на стуле, трет

голову, стол, руки, трясет ногой, гримасничает. Вертикальную позу не выдерживает: опирается на стену, спинку стула. Облокачивается на руку, берет маму за руку. Дистанцию соблюдает, но периодически соскальзывает: заглядывает в записи, на замечания реагирует кратковременно. Речь аграмматичная, тихая, не уверенная, в замедленном темпе. Говорит односложно, ответы по содержанию краткие, фразы не развернуты. Словарный запас немного ниже возрастной нормы. Отвечает на вопросы после продолжительных пауз. Имеются небольшие дефекты в звукопроизношении: путает окончания, падежи. Ответы не всегда в плане заданного, соскальзывает на случайные ассоциации, заостряется на них. Во время исследования всё время что-то тихо говорит (шепчет), комментирует собственные действия. Отношение к обследованию формальное. Уровень мотивированности к выполнению заданий и заинтересованность результатами – средний, немного волнуется. Критичность к результатам своей деятельности немного снижена. Предложенные задания выполняет, интерес к ним проявляет выборочно, в основном – к невербальным методикам. Неудачи при выполнении задания расстраивают выборочно, не всегда стремится доделать до конца, постоянно требуется стимулирование, положительное подкрепление. Инструкции к заданиям усваивает и удерживает, но к некоторым требуется повторение, демонстрации.

Характеристики деятельности, работоспособность: темп деятельности снижен. Истощаемость психических процессов при повышенной интеллектуальной нагрузке наблюдается и влияет на трудоспособность.

Эмоционально-личностное развитие: эмоционально-волевая сфера характеризуется незрелостью, неустойчивостью. Отмечается слабость бытовой ориентации, неумелость в социальных контактах, возможность социальной дезадаптации. Фон настроения неустойчивый, лабильна.

Заключение: при оценке психических процессов на первый план выступают нарушения в эмоционально-волевой, речевой сферах, мотивационная незрелость, что в совокупности снижает потенциальные возможности интеллекта. Знания и умения, соответствующие возрасту, сформированы не в полной мере. Навыки и способы учебной работы сформированы не в полном объеме. Средний уровень социальной ориентировки, недостаточный объем знаний об окружающем мире. Психическая деятельность протекает по органическому типу: неустойчивость и истощаемость внимания, требуется постоянное стимулирование со стороны, мышление приближено к конкретному, темп мыслительной деятельности снижен. Присутствуют выраженное соскальзывание в суждениях, застревания, аутистические черты, стереотипии, особенности психической деятельности ограничивают возможности в сфере обучения, общения, являются факторами дезадаптации.

Неврологический статус. Консультации проводятся совместно с психиатром.

Общее состояние при осмотре удовлетворительное. Показывает рисунки, рассказывает по картинкам. Поведение контролируемое, но сложные мыслительно-логические операции не выполняет, отвечает на прямые вопросы, общается с помощью матери. На контакт идет хорошо, внимание устойчиво, инструкции выполняет, мышление конкретное, логическое затруднено, сложные задачи решить не может. Нарушена последовательность действий, реакция на осмотр спокойная. В настоящее время перешла в 6 класс средней школы по индивидуальной программе. Обучение частично индивидуально и в школе в общем классе. На контакт идёт хорошо, внимание устойчиво. Инструкции выполняет, мышление конкретное, логическое затруднено, сложные задачи решить не может. Сохраняется эмоциональная лабильность. Нарушена последовательность действий, реакция на осмотр спокойная.

В течение третьего периода реабилитации пациентки акцент применяемых методик сместился в сторону, главным образом, расширения её психологических возможностей. Медикоментозная терапия носит характер больше поддерживающий общее удовлетворительное состояние девочки. При всё ещё сохраняющихся проблемах Маргарита стала стремиться к контактам со сверстниками, проявлять интерес к приготовлению пищи, включая изучение соответствующей литературы; наблюдается критическое отношение к себе, попытки оценочных суждений явлений окружающего мира, включая межличностные отношения, наблюдаемые ею; активно осваиваются навыки бытового самообслуживания, развивается абстрактное мышление, хотя и с определённым опозданием; стала задумываться и говорить о будущих профессиях, проявляет эмпатию по отношению как к родным, так и посторонним людям, достаточно чётко дифференцирует “хорошо – плохо”. В целом, мы наблюдаем устойчивую положительную динамику и по мере взросления девочки, и при коррекции соответствующих методов реабилитации, рассчитываем на положительный прогноз развития ребёнка.

Данной статьёй, посвященной рассмотрению отдельного клинического случая, мы хотели продемонстрировать, что комплексный подход клинических специалистов, таких как психоневролог, психиатр, психолог, и специалистов педагогико-дефектологического профиля, с непосредственным включением в этот процесс ближайших родственников, в реабилитации ребёнка с последствиями органического поражения центральной нервной системы, имеет наиболее успешный результат. Данный подход, по нашему мнению, имеет решающее значение в восстановлении физических функций организма, а также для наиболее полной социальной адаптации ребёнка. На первом этапе реабилитации использовалась преимущественно медикоментозная помощь, что было обусловлено общим болезненным состоянием пациентки. На втором этапе была организована комплексная терапия, включающая в себя диагностический и начало восстановительного этапов со стороны психолого-дефектологического специалитета. Данный этап включал в себя одновременное активное участие, как клинических специалистов, так и психологическую помощь. Третий этап характеризуется

упором преимущественно именно на социальную адаптацию пациентки; клиническая медикаментозная помощь сводится, главным, образом к поддерживающей терапии. Переход к каждому новому этапу реабилитации Маргариты определяется её физическим и психологическим состоянием, её объективной и субъективной результативностью согласно регулярно проводимым обследованиям, по итогам каждого отчётного периода времени. Как видно из представленного материала, процесс реабилитации пациентки имеет непрерывную положительную динамику, но, при временном отказе от клинической помощи на втором этапе наблюдается своего рода “откат”, характеризующимся усилением негативизма и иными проявлениями нежелательного поведения. Несомненно, эти проявляющиеся негативизмы в поведении тормозят развитие интеллектуальных возможностей девочки, поэтому мы делаем вывод о необходимости соблюдения непрерывности в процессе реабилитации. В настоящее время всё большее внимание уделяется вопросу вовлеченности близких родственников в процесс реабилитации пациентов. “...Определяющим фактором успешного решения проблем, связанных с воспитанием ребенка с ОВЗ выступает реабилитационная активность его семьи. Все меры государства, направленные на решение данной проблемы и усилия самого ребенка будут малоэффективными, если ближайшее его окружение будет равнодушно относиться, игнорировать его проблемы. Именно на семье лежит первостепенная роль в воспитание, обучение и развитии ребенка...” [4]. Наиболее эффективным методом коррекции расстройств аутистического спектра является обучение родителей способам взаимодействия и обучения коммуникации под наблюдением специалистов. К этому выводу пришли специалисты АУ ФО ОЦРДП “Парус Надежды” (г. Воронеж), которые рекомендуют обучение родительских пар в течение 6 – 8 недель, и далее продолжают их сопровождение.

Мы целиком разделяем данную концепцию, и хотели бы отметить важную роль матери в процессе восстановления здоровья ребёнка в нашем конкретном случае. Активное участие матери изначально было выражено в изучении методик, применяемых нейропсихологом, непрерывном наблюдением за состоянием ребёнка, в полном описании имеющихся изменений в поведении на каждом новом специальном обследовании дочери, неуклонное выполнение рекомендаций специалистов, обучении специальным приёмам, позволяющими преодолеть негативные характеристики в психо-эмоциональном состоянии ребёнка, вовлечение девочки в возможных для неё пределах в социальную среду, внимательное отслеживание эффекта от приёма назначаемых клиническими специалистами препаратов, консультирование с ними по поводу возникающих побочных эффектов и дозировки, и другое.

Несомненно, в настоящий момент говорить о полной социализации пациентки преждевременно. Однако мы выражаем определенную долю уверенности в том, что при проведении последующих необходимых этапов комплексной помощи, охватывающей пациентку со всех сторон, процесс

реабилитации ребёнка будет проходить с нарастающей динамикой и позволит ей в будущем максимально социализироваться в обществе.

Таким образом, именно системная и согласованная работа со стороны специалистов психолого-педагогического профиля, клинических специалистов, с обязательным вовлечением родителей ребёнка, или лиц их замещающих, позволяют нам выявить совокупность факторов, определяющих успешность процесса реабилитации и социализации ребенка с последствиями органического поражения ЦНС:

- реализация совокупности мер медицинской реабилитации, включая медикаментозную, физиотерапевтическую, ортопедическую, психиатрическую и ряда других;

- адекватно выстроенная система психолого-педагогической помощи, включающая в себя работу специалистов соответствующего профиля, в частности, психолога, логопеда, дефектолога;

- вовлечение в общий процесс реабилитации и социализации родителей ребёнка, или лиц, их замещающих, путём взаимного обмена информацией об изменениях в состоянии ребёнка, профессиональным консультированием, обучению родителей основным обучающим методикам для индивидуальной работы с ребёнком в домашних условиях.

При соблюдении данных условий многократно возрастает общая эффективность проводимых реабилитационных и социально-педагогических мероприятий, позволяющая говорить о возможности последующей успешной интеграции ребенка в общество.

Библиографический список

1. Бондалетов В. Л. Русская ономастика. М., 1983. С. 65
2. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Всемирный доклад об инвалидности. Резюме, 2011, доступ по следующему адресу: URL http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/ru/ (дата обращения 12 июля 2018).
3. Гиппенрейтер Ю.Б. Введение в общую психологию. М., 1996. С. 36-50
4. Корытова Е. А. Роль реабилитационной активности семьи в воспитании ребенка с ограниченными возможностями здоровья // Проблемы и перспективы развития образования: материалы VIII Междунар. науч. конф. (г. Краснодар, февраль 2016 г.). Краснодар: Новация, 2016. С. 88-91. URL <https://moluch.ru/conf/ped/archive/187/9713/> (дата обращения: 09.07.2018).
5. Статистика инвалидов в мире. URL <http://vawilon.ru/statistika-invalidov-v-mire/> (дата обращения (12.07.2018)).
6. Федеральное руководство по детской неврологии / Под ред. В.И. Гузевой. М.: Специальное Издательство Медицинских Книг, 2016.
7. Шмелева С.В. Медико-социальная реабилитация. Учебник. М.:Квант Медиа, 2013.