

Механизмы двигательной расторможенности и специфичные им виды коррекционной работы

Такие нарушения адаптации, как *двигательная расторможенность*, рассматриваются специалистами, как имеющие самые разные причины: органические, психические, социальные. Однако, большинство авторов, занимающихся проблемами так называемого синдрома гиперактивности и дефицита внимания, расценивают его преимущественно как результат тех или иных проблем органического, неврологического характера. Двигательная расторможенность, как нарушенное поведение имеет много схожего с другими видами отклоняющегося развития, но на настоящий момент существуют критерии выделения группы нарушений, в которых гиперактивность представляет главную проблему.

Данные о распространенности подобных поведенческих расстройств широко варьируют (от 2% до 20% в детской популяции). Хорошо известно, что у девочек подобные проблемы встречаются в 4-5 раз реже, чем у мальчиков.

При том, что гипотеза тождественности гиперкинетического синдрома и минимальной мозговой дисфункции много подвергается сомнению, чаще всего причинами заболевания (или состояния) считаются осложнения в течение всего перинатального периода, заболеваний нервной системы на протяжении первого года жизни, а также травм и заболеваний, полученных в течение первых трех лет жизни ребенка. В дальнейшем у большинства детей с подобными проблемами поведения диагностируется «легкая дисфункция мозга» или «минимальная дисфункция мозга» (З. Тржесоглава, 1986; Т.Н. Осипенко, 1996; А.О. Дробинская 1999; Н.Н. Заваденко, 2000; Б.Р. Яременко, А.Б. Яременко, 2002; И.П. Брызгунов, Е.В. Касатикова, 2003).

Впервые развернутые клинические описания функциональной мозговой недостаточности, в литературе появились в 30—40-е годы прошлого столетия. Было сформулировано понятие «минимальное мозговое повреждение», которым стали обозначать «непрогрессирующие резидуальные состояния, возникающие в результате ранних локальных поражений центральной нервной системы при патологии беременности и родов (пре- и перинатальной), черепно-мозговых травм или нейроинфекций. Позднее, распространение получил термин «минимальная мозговая дисфункция», который стали использовать «... применительно к группе различных по своим причинам и механизмам развития (... этиологии и патогенезу) состояний, сопровождающихся расстройствами поведения и трудностями обучения, не связанными с выраженными нарушениями интеллектуального развития» (Н.Н. Заваденко, 2000). Дальнейшее всестороннее изучение минимальных мозговых дисфункций показало, что их сложно рассматривать в качестве единой клинической формы. В связи с этим для последнего пересмотра международной классификации болезней МКБ-10 были разработаны диагностические критерии для ряда состояний, ранее рассматривавшихся в рамках описываемых. Применительно к проблемам двигательной расторможенности это рубрики F90- F98: «Поведенческие и эмоциональные расстройства детского и подросткового возраста»; рубрика F90: «Гиперкинетические расстройства» (Ю.В. Попов, В.Д. Вид, 1997). По мере исследования минимальных мозговых дисфункций все более прослеживается отчетливая тенденция к их разграничению на отдельные варианты и формы.

Известное положительное воздействие психостимуляторов при медикаментозном лечении детей с подобными нарушениями, объясняется гипотезой, что дети с гиперкинетическим синдромом с точки зрения активации мозга, «недовозбуждены», и поэтому сами возбуждают и стимулируют себя своей гиперактивностью, чтобы компенсировать данный сенсорный недостаток. Лоу и др. (Lou et al., 1984) обнаружили недостаточную активность обменных процессов в передних отделах мозга у детей с признаками расторможенности.

Большинством авторов описывается возрастная динамика поведенческих проблем при минимальных дисфункциях мозга. Так, максимальная выраженность проявлений совпадает с критическими периодами развития у детей.

Помимо этого период от 4-х до 10-ти летнего возраста считается периодом так называемого психомоторного реагирования (В.В. Ковалев, 1995). Именно в этом возрастном периоде

устанавливаются более зрелые субординационные отношения между иерархически соподчиненными структурами двигательного анализатора. А нарушения этих, «... пока еще неустойчивых субординационных отношений, являются важным механизмом возникновения расстройств психомоторного уровня реагирования» (цит. по В.В. Ковалев, 1995).

Таким образом, если в дошкольном возрасте среди детей с признаками минимальных дисфункций мозга преобладают гипервозбудимость, двигательная расторможенность, моторная неловкость, рассеянность, повышенная утомляемость, инфантилизм, импульсивность, то у школьников на первый план выступают трудности организации своего поведения и трудности академического плана.

Однако, как показывают наши исследования и опыт консультирования детей с подобными проблемами поведения имеют, в то же время, и разнообразные эмоционально-аффективные характеристики. Более того, у детей с поведенческими проблемами по типу двигательной расторможенности, как правило, относимых большинством авторов к единому «синдрому гиперактивности», часто обнаруживаются принципиально различные, противоположные «по знаку» особенности развития аффективной сферы в целом.

Специфика нашего исследования состояла в том, что проблемы двигательной расторможенности рассматривались не только с точки зрения особенностей и различий неврологического статуса, но и *статуса аффективного*. А анализ поведенческих проблем и особенностей ребенка опирался на выявление не только причин, но и психологических механизмов, лежащих в их основе.

По нашему мнению анализ аффективного статуса детей с поведенческими проблемами по типу двигательной расторможенности может быть проведен с точки зрения модели базовой аффективной регуляции предложенной в школе К.С. Лебединской - О.С. Никольской (1990, 2000). В соответствии с этой моделью механизмы формирования аффективно-эмоциональной сферы ребенка могут быть оценены как сформированность четырехуровневой системы базовой аффективной регуляции – уровней БАР, каждый из которых может находиться в состоянии повышения чувствительности, или повышения выносливости (гипо- или гиперфункционировании).

Рабочая гипотеза заключалась в том, что сама двигательная расторможенность, столь одинаковая в своем проявлении у большинства детей, может иметь совершенно различную «природу». Причем последняя обуславливается не только проблемами неврологического статуса, но и особенностями тонического обеспечения жизнедеятельности ребенка – уровнем психической активности ребенка и параметрами его работоспособности, то есть, в первую очередь, зависит от специфики функционирования уровней базовой аффективной регуляции.

Материалы и методы исследования

В качестве анализируемой группы были взяты дети, 4,5-7,5 лет (всего 119 человек), родители которых обратились с жалобами на *двигательную и речевую расторможенность, неуправляемость* детей, существенно затрудняющую их адаптацию в дошкольных и школьных образовательных учреждениях. Часто ребенок приходил с уже выставленным диагнозом, который озвучивался как «синдром гиперактивности и дефицита внимания», либо как «синдром повышенной нервной возбудимости», «минимальная мозговая дисфункция».

Следует отметить, что дети, у которых симптомы двигательной расторможенности входили в какой-либо более «общий» психологический синдром (тотальное недоразвитие, искаженное развитие, в том числе синдром Аспергера и т.п.) не вошли в анализируемую группу.

Был разработан адекватных задачам исследования диагностический блок методов, который включал в себя:

1. Подробный и специфически ориентированный сбор психологического анамнеза. В свою очередь анамнез включал в себя:

- Особенности раннего психомоторного развития;
- Особенности раннего эмоционального развития, в том числе и характера взаимодействия в диаде «мать-дítě». В этом плане анализировались основные тревоги и беспокойства матери на первом году жизни, касающиеся взаимодействия в диаде мать-ребенок;

- Наличие косвенных признаков неврологического неблагополучия;

2. Анализ особенностей операциональных характеристик деятельности ребенка;
3. Оценку уровня психического тонуса (для этих же целей совместно с канд. мед. наук О.Ю.Чирковой был разработан и апробирован специальный тематический опросник для родителей);

4. Исследование особенностей сформированности различных уровней произвольной регуляции деятельности:

- простых движений;
- двигательных программ;
- произвольного владения психическими функциями;
- удержания алгоритма деятельности;
- произвольной регуляции эмоциональной экспрессии.

5. Исследование особенностей развития различных сторон когнитивной сферы;

6. Анализ эмоционально-аффективных характеристик ребенка.

Следует подчеркнуть, что особое внимание уделялось оценке общего уровня психической активности и психического тонуса ребенка.

7. Помимо этого обязательно оценивался вид помощи, необходимый ребенку при работе с теми или иными заданиями. Использовались следующие виды помощи:

- стимулирующая;
- «тонизирующая» ребенка и его деятельность помощь;
- организующая помощь, (то есть построение алгоритма деятельности «вместо» ребенка, осуществление программирования этой деятельности, контроля за ней со стороны взрослого).

Показатели уровня общей психической активности ребенка; темпа деятельности, других параметров работоспособности соотносились с оценкой *эмоционально-аффективных* особенностям ребенка. Для этого проводилась интегральная оценка профиля БАР в целом, а также оценивались состояния отдельных уровней базовой аффективной регуляции по О.С. Никольской. В данном случае оценивалось – какой из уровней БАР (1-4) находится в состоянии повышения чувствительности, или повышения выносливости (гипо- или гиперфункционировании).

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенного исследования были выявлены существенные различия между проявлениями исследуемых особенностей развития у различных детей. Эти результаты позволили разделить детей на три различные группы:

Из 119 обследованных детей - 70 детей, были отнесены нами к первой группе (20 - девочек, 50 - мальчиков). Вторая группа состояла из 36 детей (соответственно, 15 девочек и 21 мальчик) и 13 детей составили третью группу.

Специфичным для детей, относимых нами к **первой группе** (анализ 70 случаев), было наличие в анамнезе косвенных или явных (объективизированных в медицинских документах) признаков неврологического неблагополучия, как правило, выраженных в достаточной степени. На ранних этапах в первую очередь это проявлялось в изменениях мышечного тонуса - значительно чаще отмечался мышечный гипертонус, или мышечная дистония - неравномерность мышечного тонуса. Достаточно часто уже на ранних этапах развития ребенку ставится диагноз ПЭП (перинатальная энцефалопатия). Косвенные признаки неврологического неблагополучия проявлялись в этот период помимо нарушений мышечного тонуса частыми, фонтанными срыгиваниями, проблемами сна ребенка - иногда инверсии режима сна-бодрствования, пронзительными, «истощными» криками ребенка. Повышенный мышечный тонус нижних конечностей - порой даже невозможность расслабить мышцы ног - приводила к тому, что, рано встав на ножки, ребенок стоял до «упада». Иногда также рано ребенок начинал ходить, а сама ходьба скорее напоминала неуправляемый бег. Дети, как правило, плохо принимали любой «твердый» прикорм (порой до 3-3,5 лет, дети с трудом принимали твердую пищу).

Из воспоминаний матерей о своих тревогах (в 62-х из 70-ти случаев) чаще всего звучало воспоминание о том, что ребенка было очень трудно успокоить, он постоянно и много кричал, постоянно находился на руках, требовал укачивания, постоянного присутствия матери.

Специфичным для данного варианта развития являлось наличие значительного количества признаков неврологического неблагополучия в анамнезе, изменения (как правило ускорения и реже – нарушения последовательности) раннего моторного развития, что можно квалифицировать по совокупности признаков как минимальные дисфункции мозга, следствием которого, являлась недостаточная сформированность произвольного (регуляторного) компонента деятельности в целом (Н.Я. Семаго, М.М. Семаго, 2000).

Таким образом, наблюдаемая у детей первой группы двигательная расторможенность по сути своей может считаться «первичной», и лишь усиливается в своих проявлениях при утомлении ребенка.

Дети **второй группы** демонстрировали дефицитарность регуляции собственной деятельности уже на самых элементарных уровнях – уровне выполнения простых двигательных проб по образцу (вплоть до 5,5-летнего возраста) и уровня выполнения по образцу простых двигательных программ (для более старших детей). Совершенно очевидно, что иерархически более высшие, и позднее формирующиеся уровни регуляции поведения в целом оказывались у детей этой группы – выражено дефицитарными.

Для детей, относимых нами ко второй группе (36 случаев), были специфичны следующие особенности развития.

В картине раннего развития детей не обнаруживались признаки выраженного неврологического неблагополучия, а с точки зрения сроков и темпа раннее психомоторное и эмоциональное развития в основном соответствовало средненормативным показателям. Однако несколько чаще, чем в среднем по популяции встречались изменение не сроков, а самой последовательности моторного развития. Врачами выявлялись проблемы, связанные с негрубыми нарушениями вегетативной регуляции, негрубых нарушениях питания, сна. Дети, этой группы чаще болели, в том числе чаще, чем в среднем по популяции на первом году жизни встречались дизбактериозы, варианты аллергических проявлений.

Мамы большинства этих детей (27 из 36-ти) вспоминали свои тревоги по поводу отношений с детьми на первом году жизни как неуверенность в своих действиях. Часто не знали, как успокоить ребенка, как его правильно кормить, или пеленать на первых этапах жизни дома. Некоторые мамы вспоминали, что часто кормили ребенка не на руках, а в кроватке, просто поддерживая бутылочку. Матери боялись избаловать детей и не приучали их «к рукам». В некоторых случаях подобное поведение диктовалось прародителями, реже отцом ребенка по типу: «Нельзя баловать, приучать к укачиванию, к рукам» и т.п.

При обследовании детей этой группы в первую очередь обращал на себя внимание невысокий фон настроения и, чаще всего, сниженные показатели общей психической активности. Дети часто нуждались в подбадривании и своеобразной «тонизации» со стороны взрослого. Именно такой вид помощи оказывался наиболее действенным для ребенка.

Сформированность регуляторной сферы этих детей (в соответствии с возрастом) оказалась достаточной. Эти дети, **до наступления утомления** (в связи со своей принципиальной значимостью выделено авт.) вполне справлялись как со специальными пробами на уровень регуляторной зрелости, так и удерживали алгоритм деятельности, в соответствии с возрастом. А вот возможность регуляции эмоциональной экспрессии – оказывалась чаще всего недостаточной. (Хотя следует отметить, что в возрасте до 7-8-лет дети нормативно могут демонстрировать трудности регуляции эмоций даже в экспертных ситуациях).

То есть в целом, по отношению к произвольной регуляции детей, относимых ко второй группе, можно говорить о достаточном ее уровне. В тоже время уровень произвольной регуляции эмоционального состояния, зачастую, оказывался сформирован недостаточно, что показывает отчетливую взаимосвязь между формированием регуляции эмоций и эмоциональной экспрессии и спецификой формирования собственно аффективной регуляции поведения.

Что касается особенностей формирования уровневой аффективной регуляции, то по результатам интегральной оценки поведения ребенка и по результатам ответов родителей ребенка наблюдалось, как правило, искажение пропорций системы, как правило, за счет гиперфункции 3-го уровня аффективной регуляции, а в грубых случаях 2-го и 4-го уровней.

С позиций анализа аффективного статуса часто приходилось говорить о недостаточной аффективной тонизации уже начиная со 2-го уровня аффективной регуляции (то есть его гипофункции) и, как следствие, изменение пропорций в тонизации 3-го и 4-го уровней.

В этом случае, особенно при наступлении утомления, необходимая для решения поведенческих задач аффективная тонизация может компенсаторно проявляться в нарастании защитных механизмов 2-го уровня аффективной регуляции.

Такого рода «тонизация» специфична для гипофункции второго уровня аффективной регуляции (уровня аффективных стереотипов), а появляющиеся в ситуациях утомления «неоправданное бесстрашие» и игра «с риском» характеризуют особенности уже третьего уровня аффективной регуляции - уровня аффективной экспансии. Может быть именно в силу того, что у детей с ранним детским аутизмом (3-я группа РДА по О.С. Никольской и схожие с ней состояния - в частности, синдром Аспергера) происходит «поломка» всей системы аффективной регуляции или грубое искажение взаимодействия именно этого уровня аффективной регуляции, именно таким детям достаточно часто, особенно в раннем и дошкольном возрасте ошибочно выставляется диагноз «СДВГ».

Именно этот факт и отражает возникновение у детей стереотипных двигательных реакций, проявляющих себя как двигательная расторможенность, но имеющих в данном случае принципиально иные психические механизмы.

Таким образом, для детей второй группы различные проявления двигательной и речевой расторможенности отражают не присущую им «гиперактивность», а свидетельствуют о еще большем снижении психического тонуса на фоне утомления и компенсаторной потребности в активизации и «тонизации различных уровней аффективной регуляции» посредством двигательной активности - прыжков, бестолковой беготни, даже элементов стереотипных движений.

То есть для этой категории детей двигательная расторможенность является компенсаторной реакцией на психическое истощение, наступающее у детей этой группы – двигательное возбуждение можно считать компенсаторным или реактивным.

В дальнейшем подобные проблемы поведения приводят к девиации развития в сторону дисгармонии экстрапунитивного типа (в соответствии с нашей типологией (2005) код диагноза: **A11-x**).

Анализ состояния детей первой и второй групп позволяет сделать вывод о существенных различиях этих групп детей по параметрам:

- Специфики раннего развития психомоторного развития;
- Субъективных трудностей матерей и стиля их взаимодействия с ребенком;
- Уровня психического тонуса и психической активности;
- Уровня зрелости регуляторных функций;
- Особенности развития познавательной сферы (у большинства детей по подгруппам).
- Вида необходимой помощи (организующей – для детей первой и стимулирующей для детей второй группы).

По характеристикам темпа деятельности выявлялись следующие закономерности:

- у детей первой группы, как правило, темп деятельности был неравномерен, или убыстрен, за счет импульсивности;
- у детей второй группы темп деятельности до наступления утомления мог быть и не замедлен, но после наступления утомления чаще всего становился неравномерным, замедлялся или реже убыстрался, что негативно сказывалось на результатах деятельности и критичности ребенка.
- Не выявились значимые различия между детьми различных групп по параметру работоспособности - последняя чаще всего была недостаточной у детей обеих групп.

При этом был выявлен специфичный для каждой группы детей **профиль базовой аффективной регуляции**:

- повышения выносливости отдельных уровней (гиперфункция) для детей первой группы;
- повышения их чувствительности (гипофункция) для детей второй группы.

Подобные различия в аффективном статусе детей первой и второй выделяемых нами групп рассматриваются нами **как ведущие механизмы** выявляемых особенностей поведения в обоих случаях.

Такое понимание принципиально различных механизмов поведенческой дизадаптации позволяет разработать для двух обсуждаемых вариантов поведенческих проблем специфичные, **принципиально различные** (выделено авт.) по своей сути подходы и методы психологической коррекции.

Дети, отнесенные нами к **третьей группе** (13 человек), демонстрировали как признаки неврологического неблагополучия и достаточно выраженной регуляторной незрелости, так и невысокий уровень психического тонуса, неравномерность темповых характеристик деятельности, проблемы недостаточной сформированности познавательной сферы и, по всей видимости, симптомы двигательной расторможенности у этих детей являлись лишь одним из проявлений несформированности как регуляторного, так и когнитивного звена психических функций – в нашей типологии отклоняющегося развития подобное состояние определяется нами как: «**Парциальная несформированность смешанного типа**» (код диагноза: **НЗЗ-х**) (М.М. Семаго, Н.Я. Семаго, 2005). У части этих детей (6 человек) показатели уровня психического тонуса были непостоянными (что может свидетельствовать и о возможных нейродинамических особенностях этих детей), а интегральная оценка уровня психического тонуса была затруднена.

Далее, опираясь на понимание психологических механизмов, лежащих в основе подобных типов отклоняющегося развития, на основе представления об общих и специфических закономерностях развития мы обосновали необходимость адекватного направления коррекционной работы с детьми, исследуемых категорий, с учетом понимания механизмов нарушения адаптации.

Коррекционная работа

Технологии коррекционно-развивающей работы для детей с проблемами формирования произвольного компонента деятельности описана во многих предыдущих работах, где изложены принципы и последовательность работы по формированию произвольного компонента деятельности (Н.Я. Семаго, М.М. Семаго 2000, 2005).

Технологии коррекционно-развивающей работы для детей со сниженным уровнем психического тонуса представляются **впервые**.

Поскольку подобные поведенческие проблемы, с нашей точки зрения, обусловлены сниженным уровнем психического тонуса и психической активности в целом (повышенная чувствительности 1-го и 2-го уровней базовой аффективной регуляции) – признаки расторможенности в данном случае выступают в качестве компенсаторных механизмов, «тонизирующих», повышающих общий уровень психического тонуса ребенка. Их можно

рассматривать как нарастание защитных механизмов 2-го уровня аффективной регуляции. Следовательно, коррекционные технологии, в этом случае должны ориентироваться, в первую очередь, на гармонизацию системы аффективной регуляции. Говоря о методологических основах построения коррекционных программ, необходимо в целом опираться на теорию К.С. Лебединской - О.С. Никольской о строении и механизмах базовой аффективной регуляции (тонизации) в норме и патологии (4-х уровневая модель строения аффективной сферы) (1990, 2000).

В основе предлагаемых коррекционно-развивающих подходов лежат два основных принципа: принцип тонизации и «ритмизации» окружающей ребенка средой (в том числе и через дистантные сенсорные системы: зрение, слух) и собственно методы, направленные на повышение уровня психического тонизации, например, методами телесно-ориентированной терапии и близкими к ней техниками, адаптированными к работе с детьми.

В зависимости от степени недостаточности психического тонуса и возраста ребенка (чем младше ребенок, тем большее значение придается более естественным для ребенка контактными, телесным методам), разрабатывался объем необходимой ритмической организации среды и собственно тактильных ритмических воздействий, повышающих тонус ребенка за счет непосредственного контакта с ним - телесного и тактильного воздействия, приводящих, в свою очередь, к повышению общего психического тонуса.

К дистантным методам ритмической организации среды нами были отнесены:

1. Установление четкого повторяющегося с аффективным закреплением (удовольствием) режима (ритма) жизни ребенка. Сам ритм и события дня должны переживаться ребенком совместно с матерью, доставляя удовольствие обоим;

2. Подбор адекватных ритмично организованных музыкальных и стихотворных произведений, которые предъявляются ребенку в ситуации до наступления явного утомления, предотвращая, тем самым, в определенной степени, компенсаторно возникающие хаотические движения (имеющие своим смыслом аутотонизацию ребенка, но деструктивные по своим поведенческим проявлениям). Эти же задачи часто решались в семье с помощью рисования ребенком под ту или иную мелодию. В данном случае к механизмам тонизации, специфичным для второго уровня, подключались полимодальные методы тонизации (ритм движения, изменения цветовой гаммы, музыкальное сопровождение). В деятельности специалистов образовательных учреждений (ППМС-Центров) подобная работа может проводиться в рамках арт-терапии;

3. Собственно система тактильной тонизации, сопровождаемая специфическими интонационно оформленными «речевками» (по типу фольклорных припевок);

4. Проигрывание простых фольклорных игр и игр с мячом, имеющих стереотипный, повторяющийся характер.

К методам дистантной тонизации можно отнести и методы психической тонизации механизмами первого уровня аффективной тонизации - создание сенсорного комфорта и поиск оптимальной интенсивности тех или иных воздействий, что хорошо укладывалось в такой вид психотерапии как «ландшафтотерапия», специфическая организация среды «проживания», уюта, безопасности, сенсорного комфорта. Подобного рода «дистантная» тонизация может осуществляться, как при работе с детьми специалистом, так и дома в семье при реализации системы филиальной терапии.

Если подобных способов для организации правильного поведения ребенка и повышения его психического тонуса оказывается недостаточно, непосредственно, для задач адекватизации поведения, применялись специальные приемы тактильной тонизации. Этим приемам, в первую очередь, обучалась мать ребенка (лицо ее заменяющее). Была разработана соответствующая технология обучения матери (филиальная терапия) и соответствующая последовательность самих тонизационных приемов работы. Эта коррекционная программа получила название: «Повышение психического тонуса» (программа ППТ).

Система работы по повышению уровня психического тонуса ребенка должна была проводиться матерью ежедневно, в течение 5-10 минут по определенной схеме и в определенной последовательности. Схема работы включала обязательный учет основных законов развития (в первую очередь цефало-каудального, проксимо-дистального законов, закона основной оси), следование принципу достаточности воздействия.

Сами приемы тонизации представляли собой различные варианты поглаживаний, похлопываний, постукиваний различной частоты и силы (безусловно, приятные ребенку), совершаемые вначале от макушки головы к плечам, затем от плеч по рукам и от груди к кончикам ног. Все эти «касания» матери в обязательном порядке сопровождалось соответствующие ритму прикосновений приговорами и «заговорами». Для решения этих задач матери были ознакомлены с достаточным объемом фольклорных материалов (попевок, приговоров, распевов и т.п.). Следует заметить, что о подобном типе «разговорного» общения с детьми (в определенном ритме и интонационном оформлении) говорят, и психологи, работающие с детьми с ранним детским аутизмом, группы О.С. Никольской, и другие специалисты.

Наши наблюдения показали, что для детей более старшего возраста (7-8 лет), когда собственно тактильные воздействия не адекватны, ни возрасту, ни закономерностям диадных отношений мать-ребенок. В этом случае достаточно эффективной технологией работы, помимо ритмично организованной и предсказуемой жизни ребенка, позволяющей повысить психический тонус ребенка, является его включение в так называемую *фольклорную* группу.

Включение в работу с ребенком именно матери имело и собственно тактическую задачу. Как показали предварительные исследования (Семаго Н.Я., 2004), именно матери детей с недостаточностью психического тонуса, оказывались несостоятельными в своей родительской позиции на первом году жизни ребенка. Отсюда одним из наших предположений было то, что низкий уровень психического тонуса ребенка может быть следствием, в том числе, недостаточного тактильного, телесного, ритмического собственно материнского поведения. В связи с этим именно подобное полноценное материнское поведение в раннем возрасте ребенка является одним из основных факторов формирования гармоничной системы аффективной регуляции у детей.

Еще одним направлением работы по гармонизации аффективной сферы и повышению уровня психического тонуса ребенка является специально подобранный спектр игр (имеющих большой объем двигательного компонента), с помощью которых ребенок также мог получать аффективное насыщение и, тем самым, увеличить свой тонический психический ресурс. К ним нами были отнесены игры, имеющие повторяющийся стереотипный характер (от младенческих игр типа: «Ехали-ехали в ямку бух», «Ладушки» и т.п. до ряда ритуальных фольклорных игр и стереотипным играм с мячом, имеющим высокую аффективную заряженность для ребенка).

На настоящий момент продолжается наблюдение за рядом детей, включенных в подобную коррекционную работу. Продолжается работа по анализу критериев эффективности данной коррекционной работы. Из позитивных изменений, полученных в результате проведения данной комплексной программы с различными по возрасту детьми, можно выделить следующие:

- В большинстве случаев отмечается значительное уменьшение количество жалоб на двигательную расторможенность ребенка, как со стороны родителей, так и со стороны специалистов образовательных учреждений, в которых он находится;
- Увеличиваются периоды активной работоспособности ребенка, общая продуктивность его деятельности;
- Значительно улучшаются взаимоотношения в диаде мать-ребенок, взаимопонимание между матерью и ребенком;
- В результате привлечения матерей к работе с собственным ребенком у большинства из них появилось умение «считывать» и более чутко оценивать эмоциональное и физическое самочувствие ребенка;

Мы отдаем себе отчет в том, что занятия по «тонизации» психической сферы ребенка в данном случае сочетались и с элементами психотерапевтической работы. Следует отметить, что вне такого контекста не может быть эффективной ни одна коррекционная программа, но в данном случае работа по тонизации, повышению психического тонуса ребенка являлась основным «системообразующим» элементом коррекционной работы.

Используемая литература

1. Дробинская А.О. Школьные трудности «нестандартных» детей. – М.: Школа-Пресс, 1999. – (Лечебная педагогика и психология. Приложение к журналу «Дефектология». Вып. 1).
2. Заваденко Н.Н. Как понять ребенка с гиперактивностью и дефицитом внимания. – М.: Школа-Пресс, 2000. (Лечебная педагогика и психология. Приложение к журналу «Дефектология». Вып. 5).
3. Заваденко Н.Н., Петрухин А.С., Соловьев, О.И. Минимальные мозговые дисфункции у детей. Церебролизин в лечении минимальных мозговых дисфункций. – М.: ЭБЕВЕ, 1997.
4. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – М.: Медицина, 1995.
5. Мачинская Р.И., Крупская Е.В. ЭЭГ-анализ функционального состояния глубоких регуляторных структур мозга у гиперактивных детей 7-8 лет // ж. Физиология человека, 2001, Т27, № 3.
6. Осипенко Т.Н. Психоневрологическое развитие дошкольников. – М.: Медицина, 1996.
7. Попов Ю.В, Вид В.Д., Современная клиническая психиатрия – М.: «Экспертное бюро-М», 1997.
8. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога. – М.: АРКТИ, 2000. (Биб-ка психолога-практика).
9. Семаго Н.Я. Новые подходы к психологической оценке детей с двигательной расторможенностью. //ж. Вопросы психического здоровья детей и подростков, №4, 2004.
10. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Организация и содержание деятельности психолога специального образования. – М. АРКТИ, 2005. (Библиотека психолога-практика).
11. Тжесоглава З. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте. – М.: Медицина, 1986.
12. Фарбер Д.А., Дубровинская Н.В. Функциональная организация развивающегося мозга //ж. Физиология человека. 1991, Т 17, № 5.
13. Школьная дизадаптация: эмоциональные и стрессовые расстройства //Сб. докл. Всерос. научн.-практ. конф. М., 1995.
14. Яременко Б.Р., Яременко А.Б., Горяинова Т.Б. Минимальные дисфункции головного мозга у детей. – СПб.: Салит-Медкнига, 2002.
15. Lou, H.C., Henriksen, L., Bruhn, P. (1984): Focal cerebral hypoperfusion in children with dysphasia and/or attention deficit disorder. Arch. Neurol. 41.