

Механизмы двигательной расторможенности и специфичные им виды коррекционной работы

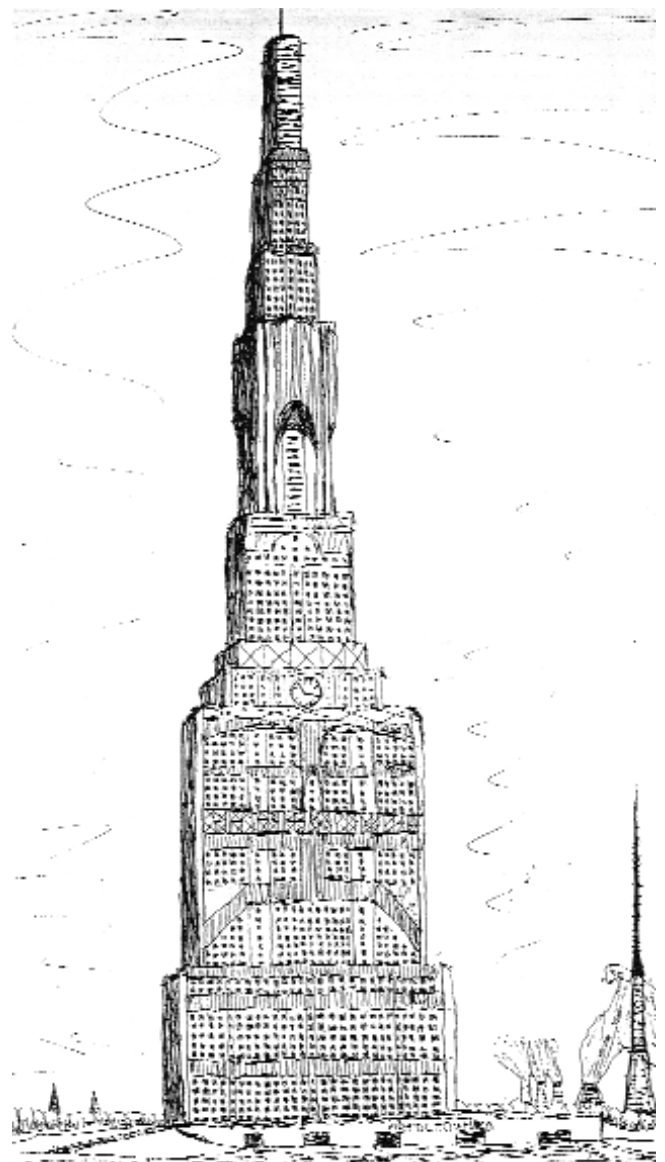
СЕМАГО Н.Я.

Нарушения адаптации, проявляющиеся в виде **двигательной расторможенности**, по мнению специалистов, имеют самые разные причины: органические, психические, социальные. Однако большинство авторов, занимающихся проблемами так называемого синдрома дефицита внимания и гиперактивности, 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 для 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.

Хотя гипотеза тождественности гиперкинетического синдрома и минимальной мозговой дисфункции часто подвергается критике, причинами заболевания (или состояния) обычно считаются осложнения в течение всего перинатального периода, заболевания нервной системы на протяжении первого года жизни, а также травмы и заболевания, имевшие место в течение первых трех лет жизни ребенка. В дальнейшем у большинства детей с подобными проблемами поведения диагностируется «легкая дисфункция мозга» или «минимальная дисфунк-

ция 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 появились в литературе 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), а также 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 относимых к минимальным мозговым дисфункциям. 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).

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 проявле-

ний совпадает с критическими периодами развития у детей.

Помимо этого, период от 4-х до 10-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, дети 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 состоит 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 форми-

рования аффективно-эмоциональной сферы ребенка могут быть оценены по степени сформированности четырех уровней системы базовой аффективной регуляции (уровней БАР), каждый из которых может находиться в состоянии повышения чувствительности или повышения выносливости (гипо- или гиперфункционирования).

Рабочая гипотеза заключалась в том, что сама двигательная расторможенность, столь одинаковая в своем проявлении у большинства детей, может иметь 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 119 детей 4,5-7,5 лет, родители которых обратились с жалобами на *двигательную и речевую расторможенность, неуправляемость* детей, существенно затрудняющую их адаптацию в дошкольных и школьных образовательных учреждениях. Часто дети приходили с уже имеющимися диагнозами, такими как синдром дефицита внимания и гиперактивности, 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.

В соответствии с задачами исследования был разработан диагностический блок методов, который включал в себя:

1. Подробный и специфически ориентированный сбор психологического анамнеза, где оценивались:

- особенности раннего психомоторного развития;

- особенности раннего эмоционального развития, в том числе и характера взаимодействия в диаде «мать-дитя» (анализировались основные тревоги и беспокойства матери, касающиеся ее взаимодействия с ре-

бенком на первом году жизни);

- наличие косвенных признаков неврологического неблагополучия.

2. Анализ особенностей операциональных характеристик деятельности ребенка.

3. Оценку уровня психического тонуса (для этих 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;
- помощь, «тонизирующая» ребенка и его деятельность;
- организующая помощь, (то есть построение алгоритма деятельности «вместо» ребенка, осуществление программирования этой деятельности и контроля за ней со стороны взрослого).

Показатели уровня общей психической активности ребенка, темпа деятельности, других параметров работоспособности соотносились с оценкой *эмоционально-аффективных* особенностей 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 гиперфункционирования).

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе проведенного исследования были выявлены существенные различия между проявлениями исследуемых особенностей развития. Эти результаты позволили разделить 119 обследованных детей на три группы:

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

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

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

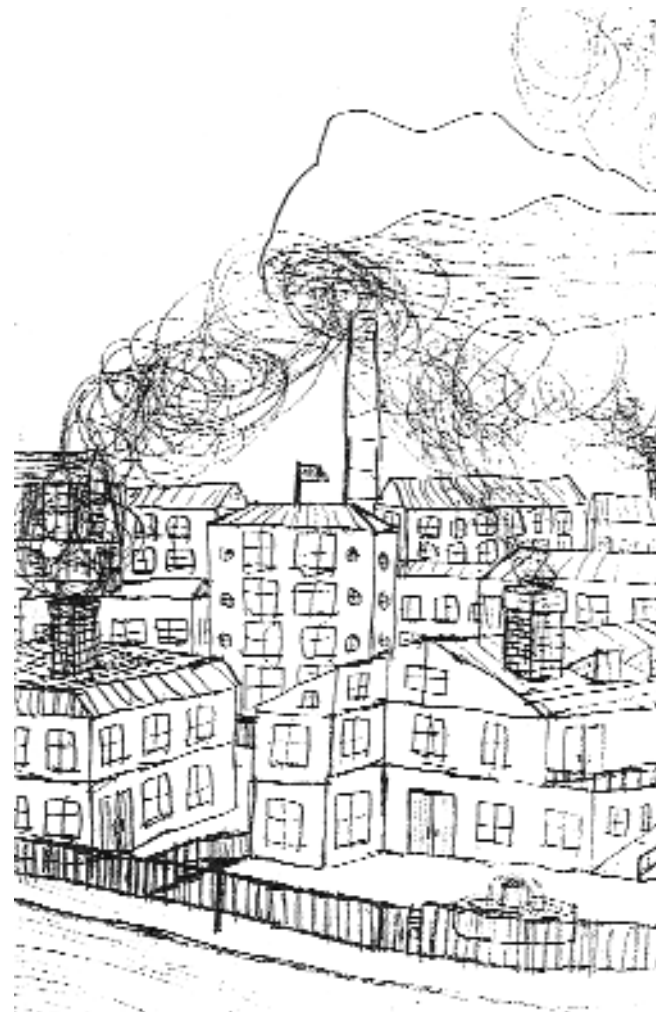
Специфичным для данного варианта развития было наличие значительного количества признаков неврологического неблагополучия в анамнезе, изменение (как правило, ускорение и реже - нарушение последовательности) раннего моторного развития. Все это по совокупности признаков можно квалифицировать как минимальные дис-

функции мозга, следствием которых стала 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 возраста 5,5 лет) и уровня выполнения по образцу простых двигательных программ (для более старших детей). Совершенно очевидно, что иерархически более высокие 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 развитие в основном соответствовало средненормативным показателям. Однако несколько чаще, чем в среднем по популяции, встречалось изменение не сроков, а самой последовательности моторного развития. Врачами выявлялись проблемы, связанные с негрубыми нарушениями вегетативной регуляции, негрубые нарушения питания, сна. Дети этой группы чаще болели, в том числе, чаще, чем в среднем по популяции, на первом году жизни, встречались дисбактериозы, 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. 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 («Нельзя баловать, приучать к укачиванию, к рукам»).

При обследовании детей этой группы, в первую очередь, обращал на себя внимание сниженный фон настроения и, чаще всего, низкие 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 (это имеет принципиальное значение) вполне справлялись со специальными пробами на уровень регуляторной зрелости, удерживали алгоритм деятельности. А вот возможность регуляции эмоциональной экспрессии оказывалась чаще всего недостаточной. (Хотя следует отметить, что в возрасте до 7-8-лет здоровые дети могут демонстрировать трудности регуляции эмоций даже в экспертных ситуациях).

Таким образом, в целом, можно говорить о достаточном уровне произволь-

ной регуляции детей, относимых ко второй группе. В то же 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 ответов родителей обычно наблюдалось 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, об изменении 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 появляющееся 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) происходит «поломка» всей системы аффективной регуляции или грубое искажение взаимодействия именно этого уровня, таким детям достаточно часто, особенно в раннем и дошкольном возрасте, ошибочно выставляется диагноз СДВГ.

Возникновение у детей стереотипных двигательных реакций, проявляющих себя как двигательная расторможенность, имеет в данном случае принципиально иные психические механизмы.

Таким образом, для детей второй группы различные проявления двигательной и речевой расторможенности свидетель-

ствуют не о гиперактивности, а о 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-х).

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

- специфики раннего психомоторного развития;
- субъективных трудностей матерей и стилия их взаимодействия с ребенком;
- уровня психического тонуса и психической активности;
- уровня зрелости регуляторных функций;
- особенностей развития познавательной сферы (у большинства детей по подгруппам);
- вида необходимой помощи (организуемой для детей первой и стимулирующей для детей второй группы).

По характеристикам темпа деятельности выявлялись следующие закономерности:

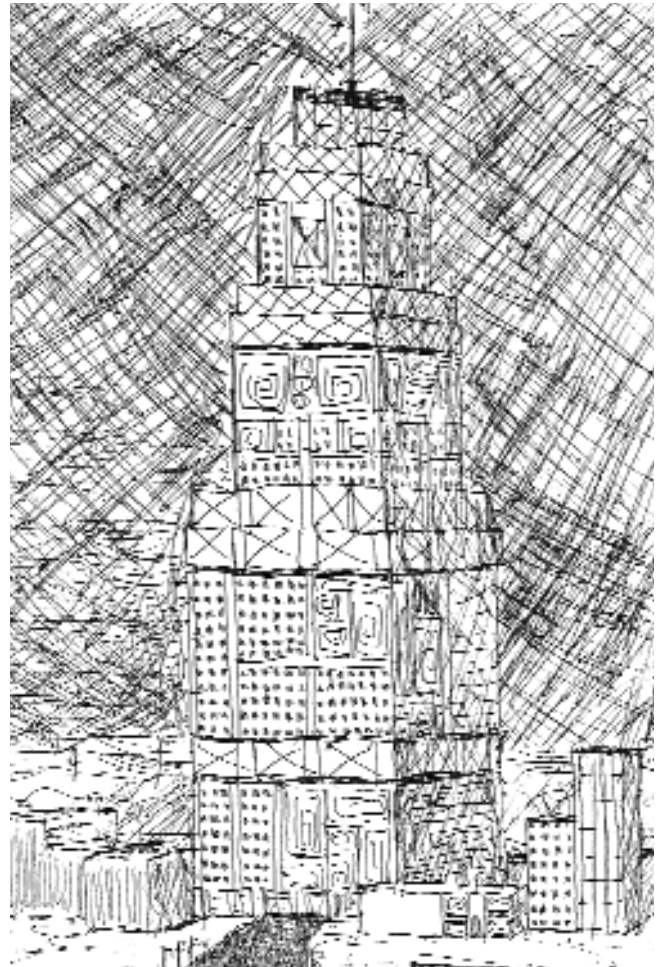
- у детей первой группы, как правило, темп деятельности был неравномерен или убыстрен за счет импульсивности;
- у детей второй группы темп деятельности до наступления утомления мог быть и не замедлен, но после наступления утомления чаще всего становился неравномерным, замедлялся или реже - убыстрялся, что негативно сказывалось на результатах деятельности и критичности ребенка;

- не выявились значимые различия между детьми 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 групп рассматриваются нами как **ведущие механизмы** выявляемых особенностей поведения в обоих случаях.

Такое понимание принципиально различных механизмов поведенческой дезадаптации позволяет разработать для двух обсуждаемых вариантов поведенческих проблем специфичные, принципиально различные 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. По всей видимости, симптомы двигательной расторможенности у этих де-

тей являлись лишь одним из проявлений несформированности как регуляторного, так и когнитивного звена психических функций – в нашей типологии отклоняющегося развития (М.М. Семаго, Н.Я. Семаго, 2005) подобное состояние определяется как «Парциальная несформированность смешанного типа», (код диагноза: **НЗЗ-х**). 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 в наших предыдущих статьях, 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 чувствительность 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 (1990, 2000) о строении и механизмах базовой аффективной регуляции (тонизации) в норме и патологии (4-уровневая модель строения аффективной сферы).

В основе предлагаемых коррекционно-развивающих подходов лежат два главных 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 психической тонизации, например, метод телесно-ориентированной терапии и близкие к ней техники, адаптированные 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, 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 своей целью 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 цен-

тров) 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 специалистом при работе с детьми, 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 нормализации поведения применяются специальные приемы тактильной тонизации. Этим приемам, в первую очередь, обучается 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 цефалокаудального, проксимо-дистального законов, закона основной оси), следование принципу достаточности воздействия.

Сами приемы тонизации представляли собой 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 сопровождались соответствующими ритму прикосновений приговорами и «заговорами». Для решения этих задач матери были ознакомлены с достаточным объемом фольклорных материалов (песенок, приговоров, распевок и т.п.). Следует заметить, что эффект подобного типа «разговорного» общения с детьми (в определенном ритме и интонационном оформлении) отмечают и психологи, и другие специалисты, работающие с детьми с ранним детским аутизмом группы О.С. Никольской.

Наши наблюдения показали, что для детей более старшего возраста (7-8 лет) 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 его психический тонус, является его включение в так называемую *фольклорную группу*.

Включение в работу с ребенком именно матери имело также 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 нашей 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 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 стереотипных игр с мячом, имеющих высо-

кую аффективную заряженность для ребенка).

На настоящий момент продолжается наблюдение за рядом детей, включенных в подобную коррекционную работу. Продолжается работа по анализу критериев эффективности 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 количества жалоб на двигательную расторможенность детей как со стороны родителей, так и со стороны специалистов образовательных учреждений, в которых они находятся;

- 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.

Подчеркивая, что занятия по «тонизации» психической сферы ребенка в данном случае сочетались с элементами психотерапевтической работы, следует отметить, что вне такого контекста не может быть эффективной ни одна коррекционная программа. Но в данном случае работа по повышению психического тонуса ребенка являлась основным «системообразующим» элементом коррекционной работы.

Использованная литература

1. Дробинская А.О. Школьные трудности «нестандартных» детей. – М.: Школа-Пресс, 1999. – (Лечебная педагогика и психология. Прил. к ж. «Дефектология». Вып. 1).
2. Заваденко Н.Н. Как понять ребенка с гиперактивностью и дефицитом внимания. – М.: Школа-Пресс, 2000. (Лечебная педагогика и психология. Прил. к ж. «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 // Физиология человека. - 2001. - Т. 27 - № 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 // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2004. - № 4.
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 дезадаптация: эмоциональные и стрессовые расстройства // Сб. докл. Всеросс. 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.