

Сложная демографическая ситуация, сложившаяся в настоящее время в России, усугубляется ухудшением состояния физического и психического здоровья детей всех возрастов – от младенцев до подростков. Особую тревогу вызывает увеличение распространенности перинатальной патологии и родовых травм, которые неизбежно оказывают негативное влияние на развитие нервной системы. Нормально протекающая беременность и роды, прошедшие без патологии, становятся исключением из правил. Это приводит к повышению распространенности отклонений морфофункционального развития всех отделов нервной системы. В большей степени при этом страдают отделы, чей сензитивный период развития приходится на перинатальный и ранний постнатальный периоды, – подкорково-стволовые структуры головного мозга.

Дисфункции этих отделов не только сами по себе специфическим образом сказываются на ходе психического онтогенеза, но и приводят в дальнейшем к модификации созревания коры головного мозга и, следовательно, развития высших психических функций. У детей младенческого и раннего возраста синдром функциональной недостаточности подкорковых структур мозга проявляется в виде следующих симптомов: изменения тонуса (чаще – гипертонус), снижение иммунитета, нарушения сна (трудности засыпания, изменение формулы сна и пр.), изменение сроков угасания врожденных рефлексов, изменения аппетита, нарушение терморегуляции и др. Также является характерным некоторое запаздывание сенсомоторного развития или отсутствие одного из его этапов (например, ползания). В дошкольном возрасте на первый план выходят нейродинамические нарушения, связанные с недостаточностью активирующих влияний подкорковых структур на кору мозга: истощаемость, неустойчивость внимания, инертность, снижение работоспособности, колебания продуктивности психической деятельности, двигательная гиперактивность.

В дальнейшем психическое развитие ребенка зависит как от компенсаторных возможностей, так и от своевременного проведения коррекционных мероприятий. Без проведения коррекции в большинстве случаев появляется множество вторичных дефектов в виде функциональной несформированности височных, теменно-затылочных и других зон мозга. У большинства детей задерживается развитие фонематического слуха, слухоречевой и зрительной памяти, отмечается обилие пространственных нарушений (недостаточное развитие пространственного гнозиса и праксиса, метрических и координатных представлений и др.). Также возникает недостаточность тактильного гнозиса и двигательные нарушения: синкинезии, кинестетические нарушения, дефицитарность зрительно-моторной координации, тонические нарушения, артикуляционные трудности, задержанное развитие реципрокных координаций, неуклюжесть, позднее формирование моторных навыков. Для этих детей характерна незрелость эмоциональной сферы, при которой эмоции не выполняют функции регуляции поведения и межличностных отношений. Адаптивные функции эмоций,

аффективный контроль больше ориентированы на витальные потребности и потребность в поддержании стереотипных взаимосвязей с окружающей средой. При этом у детей отмечаются следующие особенности: эмоциональная «вязкость», тенденция к образованию зависимостей, невротических привычек и страхов; реже – эмоциональная лабильность, выраженные колебания настроения; раздражительность и агрессивные проявления, негативные эмоции или своеобразная «эмоциональная тупость», тенденция к стереотипному реагированию при необходимости адаптации к новым условиям. Постепенно на первый план выходит функциональное недоразвитие лобных структур мозга, формируется своеобразный подкорково-лобный синдром, при котором проявления подкорковой недостаточности «маскируются» лобной недостаточностью (нарушения правил поведения, дефицит произвольной регуляции и пр.). Указанные особенности приводят к трудностям овладения рядом навыков, школьной неуспеваемости, социальной дезадаптации.

Для профилактики и преодоления указанных нарушений онтогенеза специалистами Горячевой Т. Г., Султановой А. С. разработан **метод сенсомоторной коррекции**. С помощью специальных упражнений (двигательных, дыхательных, глазо-двигательных и др.) достигается оптимизация активации нервной системы, улучшение функционального статуса подкорково-стволовых структур, коры мозга, межструктурных мозговых связей.

Как и любой метод психокоррекции, данная методика включает в себя следующие этапы:

1. Диагностический этап. Наиболее адекватным методом диагностики в данном случае является методика А. Р. Лурии, адаптированная для детского возраста. Преимущество нейропсихологической диагностики заключается в том, что с ее помощью можно выявить не только актуальный уровень знаний и умений ребенка, но и базисные патогенные факторы, приводящие к наблюдающимся нарушениям развития.

2. Установочный этап. Цель данного этапа – создание у ребенка и его родителей активной установки на психокоррекционную работу, формирование мотивов самопознания и самосовершенствования, снижение тревожности, повышение уверенности в возможности достижения позитивных изменений. Необходимость установочного этапа обусловлена в данном случае тем, что довольно часто применение методики сенсомоторной коррекции не соответствует ожиданиям родителей, которые «настраиваются» на известные им психологические приемы, в том числе суггестивные. Таким образом, происходит достижение более полного осознания проблемы, переформулировка запроса. Для повышения эффективности коррекционной работы необходимо объяснять родителям и детям (на доступном для них уровне) смысл тех или иных упражнений, выполняемых ребенком.

3. Коррекционный этап: происходит осуществление коррекционного воздействия. Сенсомоторная коррекция может проводиться как в индивидуальной, так и в групповой форме. Начало коррекционной работы направлено, в основном, на улучшение функционирования подкорковых структур, улучшение мозгового кровообращения, нормализацию активационных процессов, снятие тонических нарушений, повышение работоспособности. Следующий этап коррекционной работы направлен на развитие двигательной, пространственной сферы, становление адекватной схемы тела и образа физического Я, развитие мелкой моторики; многие упражнения проводятся с целью повышения дифференцированности мозговых функциональных систем, улучшения межполушарного взаимодействия. Последний этап направлен на повышение уровня саморегуляции и произвольного контроля. Порядок выполнения ребенком упражнений соответствует направлению онтогенетического развития (начиная с положения лежа, затем – сидя, на четвереньках, стоя). Опосредованно через оптимизацию функционирования мозговых структур, регулирующих работу внутренних органов, нейрогуморальной и иммунной систем, а также через повышение уровня рефлексии и самоконтроля, в т. ч. в сфере телесности, происходит улучшение состояния и соматической сферы ребенка.

4. Оценка эффективности коррекционной работы. Необходимо отметить, что устранение симптома не является достаточным поводом для окончания коррекционной работы. Положительный результат, выражающийся в ликвидации проявлений дезадаптации и имевшихся ранее нарушений, не является единственным критерием эффективности. Снятие симптома и преодоление дезадаптации могут носить временный характер. Если при этом не устранены причинные факторы, то вполне возможно быстрое возвращение тех же самых или других симптомов. Многие родители считают конечной целью снятие нарушений, явившихся причиной обращения к специалисту. Однако занятия с ребенком надо продолжать для разрушения патологического механизма, обеспечения устойчивости достигнутого эффекта, профилактики новых нарушений. Необходимо учитывать, что у данного метода имеется целый комплекс косвенных результатов: например, повышение самооценки, уверенности в себе, преодоление трудностей в общении. Максимальный эффект достигается спустя 6-7 месяцев после окончания психокоррекционного воздействия. Отсроченная проверка должна показать устойчивость достигнутых результатов на отдаленных этапах после завершения коррекции. Для учета эффективности целесообразно проводить диагностику с помощью тех же приемов, которые использовались перед началом коррекции. Кроме того, специфика сенсомоторной коррекции дает возможность использовать объективные критерии улучшения состояния ребенка – данные медицинского обследования и клинических исследований (ЭЭГ, РеоЭГ и др.). Несмотря на стабильность результатов сенсомоторной коррекции, возможно повторное прохождение коррекционного курса. Это связано не с нивелировкой эффектов проведенной работы, а с динамичностью психического онтогенеза, изменениями социальной ситуации развития, а также с воздействием

различных негативных факторов (травмы, заболевания и пр.).

Многолетняя работа по методу сенсомоторной коррекции с детьми от 2-х до 15-ти лет показывает эффективность данного метода при задержке психического развития, раннем детском аутизме, эпилепсии, нарушениях речевого развития, синдроме дефицита внимания и гиперактивности, психосоматических расстройствах, патологическом (компенсаторном) левшестве, школьной неуспеваемости и др. При этом у детей существенно улучшается не только функциональный статус подкорково-стволовых структур мозга, но и функциональное развитие коры головного мозга, кортико-подкорковые связи и межполушарное взаимодействие. В целом, у большинства детей, регулярно посещающих занятия, отмечается: существенное улучшение слухового и зрительного восприятия; улучшение тактильной чувствительности, крупной и мелкой моторики, зрительно-моторных координаций, снижение тиков и гиперкинезов; повышение работоспособности, нормализация тонуса, снижение инертности; улучшение внимания, памяти, речевой и интеллектуальной деятельности; улучшение пространственного гнозиса и праксиса; повышение произвольного самоконтроля; преодоление ряда нарушений психосоматического развития.

Таким образом, сенсомоторная коррекция является эффективным средством преодоления и профилактики проявлений дизонтогенеза, возникающих в результате функциональной недостаточности субкортикальных структур головного мозга ребенка. Благодаря направленности на механизм возникновения того или иного нарушения психического онтогенеза или психосоматического расстройства, воздействию через двигательные и сенсорные компоненты на всю психику ребенка в целом, при достаточно директивном подходе и особым образом организованном взаимодействии с ребенком, сенсомоторная коррекция занимает особое место в ряду других психотерапевтических и психокоррекционных методов.

к. псих. н., доц. Султанова А. С.