

Алица Ванчова
Ирина Сибгатуллина-Денис

РАЗНООБРАЗИЕ И БЕНЧМАРКИНГ ИНКЛЮЗИИ



«Если мы не поднимемся над собой, никто
и не догадается, что мы сможем полететь.»

Виктор Эммануил Франкл

Comenius University in Bratislava
Faculty of Education

Institute for Intellectual Integrations in Vienna
Bureau of Postgraduate Education Programs

Alica Vančová Irene Sibgatullina-Denis

DIVERSITY AND BENCHMARKING FOR INCLUSION

2021

Словацкий государственный университет
имени Яна Амоса Коменского
Педагогический факультет

Австрийский институт интеллектуальных интеграций
Бюро программ последипломного образования

Алица Ванчова Ирина Сибгатуллина-Денис

РАЗНООБРАЗИЕ И БЕНЧМАРКИНГ ИНКЛЮЗИИ

2021

УДК 376
ББК 74.24
В17

Ванчова Алица,
Сибгатуллина-Денис Ирина

Рецензенты:

PaedDr. Мирослава Бартонова, PhD, профессор кафедры специального образования педагогического факультета, Карлов университет в Праге, Чехия

Елена Мерзон, PhD, директор Елабужского института Казанского (Приволжского) Федерального университета, Россия

Алла Кирша, PhD, клинический психолог-исследователь, Университет им. З. Фрейда, Германия

Ванчова А.

B17 Разнообразии и бенчмаркинг инклюзии : монография / А. Ванчова, И. Сибгатуллина-Денис. – Чебоксары: Издательский дом «Среда», 2021. – 208 с.

ISBN 978-5-907411-66-1

В монографии представлен многомерный подход к инклюзии и интеграции, эффективные технологии инклюзивного образования, зарекомендовавшие себя как востребованные и практически применимые в международном бенчмаркинге. Материалы отличаются насыщенностью авторских научных и практических экспертных подходов и требуют тщательности взаимодействия с их разработчиками в случае проектной реализации. Отдельные материалы представлены совместно с экспертным участием коллег из России, Словакии и Австрии. Материалы монографии носят прикладной характер, адресованы управленцам, координаторам и методистам инклюзии. В региональных системах образования материалы могут быть применены как предметный вектор для вариативных модулей высшего профессионального педагогического образования в подготовке педагогических кадров, программ профессионального последиplomного образования и бенчмаркинга. Теоретическая часть является релевантной для проектных разработок деятельности международных исследовательских команд в выявлении и научном анализе лучших практик инклюзии и управления инклюзивными системами. Практические материалы могут быть использованы в системе структур образовательных организаций, в работе с детьми и взрослыми с особыми потребностями и их семьями. Управленческими работниками образования материалы могут быть применены в концептуальных стратегиях организации инклюзивной среды жизни.

Использование изображений детей согласовано с родителями или иными законными представителями. Все права защищены. При любом использовании текстов в преподавании, исследованиях, практической работе, докладах и презентациях обязательны ссылки на материалы монографии.

© Ванчова А., 2021

© Сибгатуллина-Денис И., 2021

ISBN 978-5-907411-66-1

DOI 10.31483/a-10319

Книгу посвящаем вселенскому материнскому
и отцовскому терпению....

Содержание

Предисловие авторов9

ГЛАВА 1. МНОГОМЕРНОСТЬ ИНКЛЮЗИИ И ИНТЕГРАЦИИ

1.1. Бренддинг-стратегия «ОБРАЗОВАНИЕ БЕЗ ИСКЛЮЧЕНИЯ: ИНКЛЮЗИЯ И ИНТЕГРАЦИЯ» в период COVID-пандемии (Сибгатуллина-Денис И., Ванчова А., экспертное участие Риабов О.)	20
1.2. Семь шагов интеллектуальной интеграции в международные системы инклюзивного образования на основе бенчмаркинга (Сибгатуллина-Денис И.)	33
1.3. Асинхронизм возможностей цифрового образования для инклюзивных систем (Ванчова А., Сибгатуллина-Денис И.)	40
1.4. Бенчмаркинг в региональных стратегиях улучшения качества жизни людей с особыми потребностями (Сибгатуллина-Денис И., экспертное участие Закирова Л., Комарова Л.)	46

ГЛАВА 2. НЕЙРОДИНАМИЧЕСКАЯ СТРАТЕГИЯ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В ИНКЛЮЗИИ

2.1. Теоретические и прикладные основы нейродинамического подхода (Ванчова А., экспертное участие Смолянинов А.)	56
2.2. Предпосылки программы «Рука мозг» и ее идеи (Ванчова А., Смолянинов А.)	66
2.3. Возможности анималотерапии в сочетании с нейрокинезитерапией и резонансным подходом (Ванчова А., Сибгатуллина-Денис И., экспертное участие Смолянинов А.)	70
2.4. Нейродинамическая стратегия моделирования речи при детском церебральном параличе (Ванчова А., Данилавичюте Э., экспертное участие Сибгатуллина-Денис И.)	92
2.5. Практическая реализация программы «Рука-Мозг» (Ванчова А., экспертное участие Смолянинов А., Сибгатуллина-Денис И.)	104

ГЛАВА 3. РАЗНООБРАЗИЕ И БЕНЧМАРКИНГ ПРАКТИК ИНКЛЮЗИИ И ИНТЕГРАЦИИ

- 3.1. Специальное образование и архитектурная среда
(Сибгатуллина-Денис И., экспертное участие Риабов О.) 120
- 3.2. Равновесие контактных и дистантных элементов
инклюзивной среды
(Сибгатуллина-Денис И., Садретдинова Э.) 125
- 3.3. Соучаствующее управление инклюзивным обучением,
превентивными программами
диссинхронии психического развития.
Эффективный координатор – эффективный результат
(Сибгатуллина-Денис И.,
экспертное участие Абуталлипова Э., Татарина О.) 128
- 3.4. Резонансные технологии психологической помощи.
Технологические основы метода резонансного сотворчества
(MRC: Resonante Cokreation, Sibgatullina-Denis, Grüssl)
в комплексной реабилитации детей с синдромом Ретта
(Сибгатуллина-Денис И., экспертное участие Штерц О.) 146
- 3.5. Психологический и психопатологический аспект
использования детского рисунка в комплексной
диагностике методом резонансного сотворчества
на примере конкретного исследования
(Сибгатуллина-Денис И., Ванчова А.,
экспертное участие Макарова О.) 152
- 3.6. Метод паркового ритрита
(MPR: PARKRITRITUS, Sibgatullina-Denis, März)
в комбинированных программах
психологического сопровождения
(Сибгатуллина-Денис И., Ванчова А.,
экспертное участие Мэрц-Теряева Л.) 167
- 3.7. Интеллектуальная сказка как метод
информального общения и психологического развития
(Сибгатуллина-Денис И.,
экспертное участие Мэрц-Теряева Л., Нургатина И.) 179
- 3.8. Поддержка и сопровождение развития детей
с помощью хирофонетической терапии
в Вальдорфской школе города Зальцбурга
(из практики Натальи Харитоновой) 189

Предисловие авторов

Всё в мире является энергией. Энергия лежит в основе всего. Если вы настроите на энергетическую частоту той реальности, которую хотите создать, то получите именно то, на что настроена ваша частота. Это - не философия. Это — физика.

Альберт Эйнштейн

...Люди с ограниченными возможностями? Или с особыми возможностями здоровья? Или, все-таки, это люди с повышенными потребностями? Суть в том, что мы нужны им.

...

Австралиец Джон Манн несколько лет назад вышел на улицу с плакатом «бесплатные объятия». Потом у него появились сторонники, а впоследствии движение перекинулось на многие страны мира. Студенты медицинских и педагогических университетов регулярно устраивают такие акции: предлагают обниматься прохожим. Прохожие обниматься соглашаются, но часто спрашивают: «Зачем?»

Как размышления авторов

Более 10 лет подряд, встречаясь на международных конференциях в Братиславе, Вене, Казани, Уфе, приезжая к другу к другу для участия в университетских научных форумах, мы каждый раз обсуждали мотивы и возможности сотрудничества в работе над монографией.

Каждая из нас имеет свой научный взгляд и профессиональный опыт в вопросах управления инклюзивными системами в региональном образовании, в вопросах интеллектуальной интеграции в системе профессионального и дополнительного профессионального образования в Российской Федерации, Словакии и Австрийской республике. Каждая из нас прошла свой путь как управленец и организатор международных проектных научных работ в изучении многомерности и разнообразия инклюзии и интеграции. Эти пути являются ценными еще и потому, что оба автора познали профессиональный опыт на каждой ступени своей карьеры: от учителя и психолога, заведующей кафедрой и лабораторией до руководителя института и директора масштабных международных проектов.

В представленной монографии мы обобщили наши совместные публикации за период с 2019 по 2021 год, описали наши многолетние дискуссии и некоторые практики. Мы предложили читателям поразмышлять над идеей и реализацией европейского проекта «Обучение без ограничений» в системе брендинга регионов мира, над применением технологии бенчмаркинга в поиске лучших мировых практик инклюзии и интеграции; над проблемой веры родителей детей с ограниченными возможностями здоровья в эффективность практических методов, которые инклюзивные системы предлагают на сегодняшний день; над феноменом диссинхронных, несбалансированных и «пограничных» форм развития человека; над моделями, уравновешивающими желаемое и действительное в лечебно-педагогической и социальной практике инклюзии.

Для нас обеих большое значение имеет способность специалистов и всех, кто нуждается в сопровождении особенностей своего здоровья, проявлять персональное саногенное поведение. Саногенное поведение — это поведение, которое предполагает заботу о своем физическом и психическом состоянии, о своем организме, чтобы с его помощью иметь возможность, через повседневную активность, претворять свои высшие устремления в продукты реального мира: материальные, социальные и духовные.

На наш взгляд, такое поведение способствует психическому благополучию человека, формированию и развитию внутреннего мира его творчества и резонансного сотворчества с другими, способности к заботе о себе и о других, оказанию социальной и психологической поддержки, как близким, так и незнакомым людям, способности к волонтерству и миссионерству в разных его проявлениях и форматах. Это как объятие другого. По сути, речь идет о духовной составляющей индивидуального и общественного здоровья, основой которого является совесть и духовность человека, независимо от того, в какой части света он живет.

В наших диалогах мы не раз говорили о том, какое поведение человека способствует здоровью и какие поведенческие модели могут увеличить вероятность заболеваний, увечий или преждевременной смерти. Мы вместе много лет искали ответы на многочисленные вопросы о педагогике и психологии сопереживания, смыслом которой является своевременная помощь людям с ограниченными возможностями здоровья от членов семьи, компетентных специалистов, волонтеров и всех тех, кто оказывается с ними рядом в тех или иных жизненных ситуациях.

Особой темой размышлений в монографии стала тема «бега времени» в цифровое пространство. Переписываясь друг с другом и подготавливая к публикации наши последние статьи, мы часто говорили о возможностях и ограничениях в применении цифровых технологий в практике коррекционной работы с детьми и взрослыми, о сотрудничестве специалистов помогающих профессий с IT-специалистами, о технологиях подготовки педагогов и психологов для региональных систем инклюзии в системе «цифровой регион – цифровой университет», о повышении квалификации врачей и учителей по вопросам синхронизации профессиональных техник и практического инструментария и, наконец, о специфике психологической поддержки членов семей, в которых живут люди, нуждающиеся в помощи по состоянию здоровья, вернее, особенных ограничений в здоровье.

Мы пришли к выводу, что для нас обеих проживание COVID-времени стало опытом потерь. Мы обе потеряли близких нам людей старшего поколения. Мы обе как руководители обеспечивали безопасность и помощь коллегам старшего поколения, и это локализовало наше представление о многомерности человеческого бытия даже в условиях ограничений. Мы не стали сетовать на цифровое пространство, в котором, как и все университетские преподаватели, оказались сами, а радовались «окну в жизнь». Это цифровое окно, в одно мгновение ставшее осязаемым как для нас, так и для многих университет-

ских коллег и специалистов инклюзии, персонифицировалось, наполнилось определенным смыслом и глубокими чувствами. В одной из наших встреч в таком «окне» мы говорили о новом формате бытия человека, нашего собственного бытия и нового пространства взаимодействия. По крайней мере, для нас это окно открыло не просто возможности удаленной работы, но и раскрыло новое миропонимание того, что все мы живем в новом пространстве коммуникаций. В нем необходимо четко отличать возможности участия, например, в сетевых флешмобах, от возможности использовать интернет-пространство для развития; и что цифровые технологии тоже имеют свои критерии безопасности, приватности; и что «оцифровка» и «цифровые имитаторы», которыми быстро заполнились интернет-ниши, весьма отличаются от цифрового продукта в контексте социальной ценности здоровья человека и/или его реабилитации и, по-прежнему, основаны на ответственности и ценности личности человека.

Представляется важным в предисловии к монографии отметить и то, что, на наш взгляд, «цифровое окно» нас объединило в условиях ограничений. С другой стороны, оно создало опасность «цифрового индивидуализма», то есть аккумуляции данных о человеке как бы «в одних руках», таких как «окна записи» на приемы, получение документов, консультации, выбор траекторий учебных заданий и курсов, результатов тестирования и анализов, историй болезней через личные кабинеты с невероятным количеством паролей, контрольными словами и прочими атрибутами защиты.

В систему инклюзии и интеграции человека пришла необходимость цифровых наставников, которые бы помогали со всем этим разобраться и не утонуть «в глубинах полезности» этих форм взаимодействия. Интересен и факт «когнитивных иллюзий». На это мы обратили внимание, анализируя диалоги со специалистами и членами семей тех, кто нуждается в помощи из-за ограничений здоровья. Мы столкнулись с неожиданным эффектом: люди оценивают ситуацию качества жизни, в том

числе в цифровом пространстве взаимодействия, намного лучше, чем она «ближе» к ним. В некотором смысле речь идет об оценке своей ситуации на порядок выше, чем у остальных. То есть люди с ограниченными возможностями здоровья предполагают, что они как-то хуже или лучше, но все-таки справляются с ситуацией, в то время как вокруг в мире столько бед и горя, в том числе и усугубившееся в COVID-пандемию.

В романе Ярослава Гашека «Приключения бравого солдата Швейка» есть слова, необычайно точно отражающие реальность пандемического времени: никогда еще так не было, чтобы ничего не было. Но природная мудрость, под видом наивности, помогли Швейку не падать духом и находить в происходящих событиях путь сохранения себя. Стоит или не стоит верить, что мир будет прежним? Как ни странно, вмешательство пандемии развеяло одни иллюзии и создало другие. В текстах монографии мы стремились как можно реалистичнее говорить о проблемах многомерности инклюзии и интеграции, находить дипломатичный контекст между персонализированным взглядом и общими тенденциями. Но нашли ли?

Монография состоит из трех глав. Первая глава написана для управленцев. В ней рассматриваются вопросы, актуальные для управления инклюзивными системами в регионах и для управления проектами, основанные на идеи европейской программы «Образование без ограничений». Акцент делается на инклюзию и интеграцию как многомерную систему, требующую понимания технологии интеллектуальной интеграции. Вместе с экспертами мы описываем в этой главе возможности управленческих стратегий кооперации с территориальными и международными профессиональными организациями и ассоциациями специалистов в области инклюзии и с региональной административной властью. Неотъемлемой частью первой главы является идея пошаговой интеллектуальной интеграции региональных программ в международную систему инклюзии на основе бенчмаркинга. Также мы посчитали необходимым рассуждать и о том, как могут быть реализованы

брендинг-стратегии в регионах, которые заботятся о сохранении человеческого капитала и как бенчмаркинг может помочь в региональных стратегиях улучшения качества жизни людей с особыми потребностями. Первую главу мы закончили рассуждениями об асинхронизмах возможностей применения цифровых методов обучения в инклюзии. Мы выразили свое мнение о том, как коррекционные педагоги, методисты и психологи могут кооперироваться с цифровыми наставниками-специалистами в области компьютерного моделирования отдельных методик. Особую тревогу, конечно, вызывает то, что в инклюзивных системах образования появилось много имитаторов, не способных обеспечить специалистов полноценным цифровым продуктом для коррекционной и развивающей работы с детьми с особыми возможностями здоровья, в том числе в программах реабилитации и абилитации. Своими размышлениями мы поделились с читателями, начиная дискуссию на эту тему.

Во второй главе мы предлагаем читателю описание нейродинамической стратегии в реализации программ специальной педагогики, которая до сих пор востребована практиками, занимающимися реабилитацией детей с церебральным параличом (ДЦП). С 2014 года наши совместные усилия направлены на то, чтобы о программе «Рука – Мозг», которая была впервые создана в Европейской Лаборатории психонейропедагогики EPSYNEL факультета педагогики Университета имени Яна Амоса Коменского и которую хорошо знают в Европе, узнали и русскоговорящие специалисты стран СНГ. Большая заслуга в этом принадлежит так рано ушедшему от нас доктору Анатолию Смолянинову. Именно его активность и безаветная преданность науке стали основой того, чтобы программа «Рука – Мозг» стала применима «без границ» и о ее возможностях узнало как можно больше семей. И это было первым опытом нашей работы в международной команде специалистов. Собираясь вместе, мы перемещались из одного европейского региона в другой, чтобы помогать семьям детей с проблемами опорно-двигательного аппарата. В этой же главе мы акцентировали внимание и на

применении нейродинамической стратегии моделирования речи детей с ДЦП.

Третья глава посвящена разнообразию и бенчмаркингу практик инклюзии и интеграции. Глава начинается с описания опыта создания архитектурной среды и равновесия между контактными и дистантными элементами среды. По сути, без ограничения общности, мы выражаем сомнение, что каждая декларируемая доступная среда является таковой. Создание полноценной доступной среды — это «больное место» многих регионов. К сожалению, мы в своей практике жизни и в России, и в Австрии, и в Словакии встречались с фактами «недоступной» доступной среды. Это огорчает, но приводит к выводу, что муниципалитеты и строительные компании должны задуматься о комплексном подходе к созданию «доступных» пространств в образовательных и социальных организациях в контексте полноценной возможности современной архитектуры городского общественного пространства и в диалоге со специалистами коррекционной педагогики, психологии и реабилитации. Открытость и доступность таких пространств является залогом сотрудничества и коммуникации людей с разнообразными возможностями здоровья и его ограничениями по болезни, возрасту, результатами восстановления, реабилитации и выздоровления. Тема, на наш взгляд, весьма актуальна.

Пожалуй, наиболее, важными для нас самих стали те части третьей главы, где мы описываем наш собственный профессиональный опыт как практиков. Так возникла идея описать резонансные технологии психологической помощи, метод резонансного сотворчества и его применимость в комплексной реабилитации детей с синдромом Ретта. Вспоминается наш первый научный доклад на эту тему и результативную научную дискуссию вокруг него на Всемирном конгрессе по синдрому Ретта в 2016 году в Российской Федерации. С большим удовольствием мы знакомим практиков с нашим исследованием применения резонансного сотворчества и «истории» детского рисунка к диагностике развития часто болеющих детей. Вспо-

минаются наши научные доклады на конгрессах по позитивной психотерапии в Германии, семейной терапии в Венгрии и арт-терапии в Словакии и России.

Пожалуй, впервые нами сделаны попытки описать возможности применения метода паркового ритрита, напомнить читателю о возможностях рекреационных методов для восстановительной медицины, курортологии, реабилитации, экологии человека. Вдохновение на это мы получили от коллег из Зальцбурга, наших «зальцбургских фей», как мы их называем, — удивительнейших антропософских педагогов Натальи Харитоновой (учитель русского языка как иностранного, специалист по хирофонетике), Сиглинды Вендт (директор Парацельсусшуле, руководитель многих семинаров по специальным вопросам коррекционной и социальной педагогики, антропософский мастер свечной мастерской) и Илзе Кёниг (педагог эвритмии). В третьей главе Наталья Харитонова поделилась с читателями описанием случая из своей практики хирофонетической терапии с мальчиком, который имел заикание и плохо спал по ночам.

Особые слова благодарности высказываем доктору Эляне Данилавичюте и так рано ушедшему от нас доктору Анатолию Смолянинову, которые долгие годы своей профессиональной жизни посвятили разработке нейродинамического метода для помощи детям с церебральным параличом. Вдохновенность и глубинность мы черпали и непосредственно, и опосредованно. Так, большое значение сыграла наша живая коммуникация (Сибгатуллина-Денис И.) и заочное знакомство (Ванчова А.) с руководителями и волонтерами «VIGOR».

«VIGOR» — это латвийская общественная организация людей, перенесших инсульт, их родственников, равнодушных людей, готовых оказать им необходимую психологическую поддержку. Общение с руководителем Общества, магистром педагогики Мариной Кузнецовой, доктором психологии Натальей Ивановой и Тайгой Кантане дали возможность особенным, не только логическим, а чувственным образом прикоснуться

к проблемам психологической поддержки инсультников, возможностям восстановления их после инсульта, возвращения им радости бытия с другими.

Мы благодарим также своих коллег из Казанского (Приволжского) федерального университета за включенность в идею создания монографии и публикацию отдельных частей наших совместных прежних научных работ, докладов, текстов экспертных оценок, дневниковых записей, описаний конкретных случаев. Доктор педагогики Ирина Нургатина, доктор психологии Ольга Штерц и Оксана Макарова, доктор психологии Лейсан Закирова, доктор педагогики Любовь Комарова, доктор психологии Эльвира Садретдинова всегда отзывались на наши предложения сотрудничества в научных исследованиях. С большим удовольствием мы вспоминаем их приезд в Австрию и Словакию на стажировку по информальным методам инклюзии, наши дискуссии вокруг темы применения в инклюзии технологий бенчмаркинга.

Особую благодарность высказываем коллегам института интеллектуальных интеграций (оригинальное название Institut für intellektuelle Integration) и его генеральному директору доктору Оскару Риабову. Доктор Оскар Риабов стал нашим экспертным участником монографии в той ее части, которая посвящена взаимодействию архитектуры, дизайна окружающей среды и инклюзии, вопросам доступной среды.

Доктора педагогики Эльзу Абуталипову и магистранта Оксану Татаринову благодарим за легкость общения, понимание с первого слова, их инициативу и активную позицию поддержки проектов, учительство в инклюзивных классах в начальной школе и размышления о неоднозначной применимости методов обучения, даже самых лучших. Благодарим магистров педагогики Лану Мэрц-Теряеву и Лину Эмбахер за вдохновенную помощь в редакции монографии на русском языке, за методичность и профессионализм. Нашим рецензентам доктору педагогики Елене Мерзон (Россия), доктору специальной педагогики Мирославе Бартоновой (Чехия) и доктору психотерапии

Алле Кирша (Германия) также слова благодарности за своевременные замечания и предложение в последствие издать монографию на английском и словацком языках. А самые важные слова мы говорим нашим докторам жизни: нашим мамам, лучшим мамам на свете. Вместе с нашими отцами, они научили нас дружить, быть верными своей профессии, размышлять и верить в лучшее. Все, что мы сделали в профессии и делаем, — это еще и о вселенском материнском и отцовском терпении.

Профессор, доктор педагогики Алица Ванчова
Профессор, доктор психологии Ирина Сибгатулина-Денис

ГЛАВА 1

МНОГОМЕРНОСТЬ ИНКЛЮЗИИ И ИНТЕГРАЦИИ

1.1. Брендинг-стратегия «ОБРАЗОВАНИЕ БЕЗ ИСКЛЮЧЕНИЯ: ИНКЛЮЗИЯ И ИНТЕГРАЦИЯ» в период COVID-пандемии

Мы совершенно уверены в том, что совместная деятельность по развитию мировых регионов, университетов и профессиональных ассоциаций специалистов формирует новые практики инклюзии и интеграции в новых системах «обучающийся регион — обучающееся сообщество». Повестка дня ООН в области устойчивого развития Sustainable Development Goals (далее SDG) на период до 2030 года уже определила цели в области устойчивого развития, в том числе региональных инклюзивных и интеграционных образовательных и социальных практик для сохранения человеческого и социального капитала. Новые практики инклюзии и интеграции стали определять и новые социально-технологические коммуникации между мировыми регионами и университетами. Пандемия COVID-19, и вызванные этим изменения в экономической и социальной среде городов и регионов показали, что SDG, в том числе и в области управления образовательными и социальными системами, не устойчивы к глобальному кризису. Новые, реформированные «до и после» COVID-пандемии, практики управления и экономики региональных и городских образовательных систем инклюзии и интеграции могут способствовать решению проблем. Ведущую роль в этом процессе в Европе играют национальные профессиональные ассоциации социальных работников, педагогов, психологов и врачей, которые активны в реализации региональных проектов «Образование без ограничений». Да и сама европейская система заинтересована в изменениях образовательной политики в пользу устойчивости инклюзивных и интеграционных практик. Реализация подобных изменений может иметь положительную восходя-

щую динамику в случае усиления сотрудничества местных правительств городов и регионов в области образования и интеграции с региональными и мировыми университетами и профессиональными ассоциациями.

Социальные и экономические тренды в условиях современного технологического развития Европы диктуют свои требования коллаборации и к системе «регион – университет – профессиональные ассоциации». Системное сотрудничество подобного типа определило и новые общие цели для европейских регионов, при которых происходит достижение консенсуса в проектировании новой образовательной региональной среды «Образование без исключений: инклюзия и интеграция». Наконец, наступило время, когда спроектированные ранее модели находят «живую» реализацию.

Однако заметим, что подобная постановка проблемы касается противоречий, которые сложились между декларируемыми принципами реализации целей устойчивого развития в Европе и вмешавшихся в этот процесс, непредсказуемых тенденций COVID-пандемии, вызвавших турбулентность в устойчивости европейского проекта «Образование без ограничений: инклюзия и интеграция» и множество асинхронизмов в применении цифрового формата коррекционных программ и методов работы. Необходимости взаимодействия на региональном уровне в интересах устойчивости способствует развитие целостного и трансформирующего образования, включая многоаспектную коррекционную и многоуровневую лечебно-педагогическую составляющие.

В Европе центральное место и качество устойчивой обучающей среды обеспечивают регионообразующие университеты. В 2015 году Генеральная Ассамблея ООН приняла резолюцию «Преобразование нашего мира: Повестка дня (далее Повестка) в области устойчивого развития на период до 2030 года». Эта Повестка является планом действий до сегодняшнего дня и представляет семнадцать целей в области устойчивого развития (SDG) и 169 целей в качестве средства стимулирования действий к 2030 году в областях, имеющих важнейшее значение для человечества. На рис. 1 показаны наиболее важные SDG для общества, на которых, по мнению европейских экспертов ООН,

следует сосредоточить внимание для реализации максимального прогресса, в том числе региональных инклюзивных и интеграционных образовательных и социальных практик в системе «регион-университет». Особо отмечена роль человеческого капитала в реализации концепции устойчивого развития современных европейских инклюзивных региональных сообществах.



Рис. 1. Наиболее важные SDG для общества, на которых следует сосредоточить внимание для достижения максимального прогресса (% экспертов)

Учитывая новые взгляды на европейское инклюзивное образование, многие европейские педагогические высшие школы реализуют новые трендовые практики подготовки кадров в системе «цифровой университет – цифровой регион» для развития человеческого и социального капитала территорий. Справедливо будет отметить и тот факт, что отдельные университеты включились в эти преобразования еще до COVID-пандемии. Но все-таки, большинство университетов обратило внимание на устойчивость системы «регион – университет – профессиональное сообщество» только в ситуации пандемических искажений, отразившиеся на экономике, инклюзивной и интегра-

ционной политике. Европейские тенденции «Образование без исключения практики инклюзии и интеграции» (Рис. 2), по сути, стали определять новые социально-технологические коммуникации между регионами и университетами в новых форматах взаимодействия.

ИНКЛЮЗИЯ



ИНТЕГРАЦИЯ



Рис. 2. Образование без исключений: инклюзия и интеграция в системе цифровой регион - цифровой университет

Современные общественные системы способны развиваться и развивать интеграционные образовательные программы, гендерное равенство как социокультурную университетскую норму, новые образовательные интеграционные политики, правовые аспекты управления человеческими ресурсами в конкретном регионе, политическую демократическую культуру и гражданскую активность молодежи студенческого возраста, рынок трудовых ресурсов, методы государственного и рыночного регулирования, социально-экономические и экологические аспекты развития и цифрового преобразования управления городскими территориями. Система «регион – университет – профессиональные ассоциации» признает также и необходимость локализации SDG посредством действий снизу вверх для отражения различий между регионами, университетскими сообществами и направленностью методологий и практик ассоциаций специалистов. Таким образом, местные и регио-

нальные европейские органы власти определены как важные партнеры в локализации и частных случаев инклюзии и интеграции. ООН призвала поддержать местные и региональные органы власти, чтобы они сыграли свою роль в локализации SDG, внося вклад в разработку и доступность индикаторов и инструментов развития образования, в том числе инклюзивного и измерения прогресса развития, как университетов, так и профессиональных ассоциаций специалистов.

В специальных публикациях серии «Цели в области устойчивого развития: что должны знать местные органы власти?» объясняется, как каждая из семнадцати целей связана с повседневной работой местных и региональных органов власти. В них также перечислены наиболее важные задачи каждой цели и освещены взаимосвязи между целями и другими международными программами, включая образовательные и интеграционные. Кроме того, в документе «Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года» учитывается важность обеспечения устойчивого развития образовательного инклюзивного и интеграционного пространства городов. В цели SDG 11 включено следующее положение: «сделать города и населенные пункты инклюзивными, безопасными, жизнеспособными и устойчивыми». Таким образом, реализация SDG изначально определяет элементы трендовых проектов, задает основы брендинга, то есть вектора привлекательности региона для жизнеобеспечения здоровья всех людей без ограничений.

Из-за всемирного COVID-кризиса и изменений в экономической и социальной среде стратегии развития городов и регионов не могут быть далее успешными, их необходимо методично реформировать. Следует говорить о разработке усовершенствованных региональных и городских политик устойчивого развития инклюзии и интеграции, с гораздо более широкой перспективой и временными рамками. Наиболее разработанным в этом контексте в Европе стал метод бенчмаркинга интеллектуальных интеграций, который используется в системе оценки качества эффективности дуальной системы «цифровой регион

– цифровой университет» в вопросах подготовки кадров для реализации новых принципов инклюзии и интеграции. Кроме того, метод бенчмаркинга зарекомендовал себя как инструмент качества внутренних аудитов университетских альянсов, «входящих» в один регион и совершенствующих качество подготовки педагогических кадров и кадров для социальной работы в регионе. Примером могут служить федеральные земли и административные округа Австрии и Германии.

Однако в целом, пандемия COVID-19 демонстрирует, что SDG, в их нынешнем виде, оказались, к сожалению, неустойчивы к глобальному кризису, в том числе и для образовательных университетских систем и практик. Прогресс в достижении SDG был медленным даже до COVID-19. Сейчас еще более вероятно, что многие из целей не будут достигнуты к 2030 году. Более того, некоторые могут даже оказаться контрпродуктивными. Две трети из 169 целевых показателей либо находятся под угрозой в результате пандемии COVID-19, либо, к сожалению, не в состоянии смягчить ее. Кроме того, эксперты ВОЗ и ООН уже отмечают, что десять процентов задач SDG могут усугубить последствия настоящей и будущих пандемий. Исключительные «страдания» в этих условиях принимают на себя люди всех поколений и особенно те, кто имеет ограниченные возможности здоровья уже сейчас.

Что же делать? Конечно, усовершенствованная стратегия устойчивого развития инклюзии и интеграции должна использовать комплексные, скоординированные действия в области развития, чтобы восстановить импульс для решения проблем сохранения здоровья, развития региональных систем абилитации и реабилитации. Способствовать этому могут только новые практики управления и экономики образовательных систем, обеспечение устойчивого экономического роста, укрепления основ социального благосостояния и демократии, поддержки сосуществования различных культур и проявления должного внимания к окружающей среде. В этих простых тезисах кроется глубокий проникновенный смысл отношения к человеку.

Сейчас города и региональные сообщества во всем мире находятся на переднем крае борьбы с COVID-пандемией и с ее, к сожалению, долгосрочными, и в чем-то необратимыми, последствиями. Роль университетов в этой политике оказывается вторичной глобальной, но первичной для поддержки образовательных трендовых цифровых и нецифровых проектов развития в своих регионах, отвечающих необходимым условиям сохранения здоровья людей. ООН много работает с национальными и местными правительствами, чтобы помочь им оправиться от пандемии COVID-19, и через это воздействие и университеты, и профессиональные ассоциации получают поддержку «домашних» регионов. План реагирования ООН преследует следующие цели: поддерживать местные органы власти и решения по инициативе сообществ в неформальных поселениях; предоставлять городские и региональные данные, картирование на основе фактов для принятия обоснованных решений; снижение экономических последствий и начало восстановления. Рамки политики и программы ООН в отношении COVID-19 содержат рекомендации для действий на глобальном, региональном и государственном уровнях.

Восстановление после коронавирусного кризиса — это шанс перестроить устойчивую, инклюзивную экономику, оживить промышленность, сохранить жизненно важные системы биоразнообразия и заняться изменением климата. Готовность к изменениям, вызванным этим кризисом, может помочь университетам приобрести новые форматы взаимодействия с региональным бизнесом и стратегией управления человеческим капиталом. Меры реагирования и восстановления после пандемии COVID-19 уже в корне отличаются от предыдущих пандемий в истории, с точки зрения доступности, целостности и качества информации, доступа к технологиям и их быстрого внедрения, а также вовлечения и расширения возможностей местных и региональных правительств городов и регионов, как в пределах своей юрисдикции, так и в рамках их совместных усилий. Существенное отличие демонстрируют на рынке

и университеты. Успех или неудача на пути к восстановлению после пандемии COVID-19 будут зависеть от того, будут ли местные и региональные органы власти использовать прогрессивные методы коллаборации с университетским сообществом и сообществом профессиональных ассоциаций в области абилитации, реабилитации, практической психологии и психотерапии, социальных практик и цифрового наставничества.

Во время пандемии регионы и города осознали преимущества повышения солидарности между университетами, университетскими трансграничными альянсами и преимущество сотрудничества между университетскими структурами и региональными предприятиями.

Примеры прогрессивных мер со стороны местных и региональных органов власти включают быстрое переключение их администраций в режим антикризисного управления, в том числе инклюзивными системами, инвестициями в общественные и социальные услуги, быстрой цифровизацией услуг, развертыванием программ солидарности, волонтерства, интенсивным обменом информацией через социальные интернет-сети. Многие педагогические университеты проявили в этом содружестве активную позицию, если в регионе уже сложилась система опор на университетский ресурс. Именно европейские города и регионы находятся на переднем крае кризиса COVID-19. Именно они управляют «блокировками и ограничениями» каждый день, координируют медицинские услуги, обеспечивают сбор отходов, находят решения для повседневных нужд европейских граждан, в том числе нуждающихся в продолжении обучения и оказания им образовательных инклюзивных услуг. На открытых платформах университетов многие местные и региональные органы власти сотрудничали и учились друг у друга, особенно в рамках децентрализованного сотрудничества. Ключевую роль в этом в Европе играют также национальные ассоциации университетов и европейских городов и регионов: они собирают и распространяют лучшие практики, организуют вебинары для обмена опытом и реко-

мендациями, координируют действия с национальными правительствами и региональными институтами развития.

COVID-пандемия демонстрирует универсальность Повестки дня в области устойчивого развития инклюзивного и интеграционного общества. Включение Повестки дня «Образование без исключений: инклюзия и интеграция» на период до 2030 года в местные и региональные планы и политики является ключом к разработке новой структуры регионального управления системами образования, которую города и регионы могут принять за свои собственные.

Четвертый доклад «О локализации» SDG был представлен в 2020 году. Отчет основывается на предыдущих знаниях о состоянии локализации и адаптируется к новым социальным и экономическим условиям жизни, подчеркивая прямой вклад местных и региональных органов власти как в SDG, так и в преодоление кризиса COVID-19.

В докладе рассматривалось разнообразие и широта местных инициатив, реализуемых городами и регионами для улучшения благосостояния людей посредством защиты прав человека, общественных услуг и обеспечения достаточным жильем, а также отмечаются инициативы по сокращению неравенства между полами и защите культурного и образовательного разнообразия. Подчеркивается множество местных инноваций для борьбы с изменением климата и защиты окружающей среды. В докладе также подчеркивается роль, которую местные и региональные органы власти играют на переднем крае ответа COVID-19, обеспечивая безопасность людей и предоставляя базовые услуги и для сохранения здоровья и для образования и для реабилитации. Перед университетскими лабораториями поставлены новые задачи актуальных исследований и научных экспериментов во благо здоровья и реабилитации здоровья человека. В целом система «регион – университет – профессиональная ассоциация» заинтересована в оперативном стратегическом прорыве в пользу устойчивости инклюзивных и интеграционных практик. Также в европейской стратегии

устойчивости изложены и некоторые важные рекомендации относительно дальнейших действий, среди которых:

- Расширение прав и возможностей местных и региональных органов власти для инициирования структурных изменений и, таким образом, ускорения достижения Повестки дня на период до 2030 года. При надлежащем расширении возможностей инновационные политики могут быть объединены в долгосрочные стратегии, способные обеспечить достижение SDG.
- Продолжение усилий по мобилизации сил для локализации SDG в городах и территориях. Движение за локализацию должно продолжаться, во время пандемии и в период восстановления, чтобы гарантировать, что новый контекст способствует инновационной политике, реализации инноваций из университетских лабораторий в производство.
- Отстаивание сильных сторон национальных стратегий локализации SDG, которые включают в себя надежную политику локализации и поддерживают городские, местные и региональные правительства.
- Создание благоприятной институциональной среды для локализации и обеспечения адекватных финансовых потоков для поддержки локализации, которая как никогда актуальна для обеспечения способности городских, местных и региональных органов власти и всех заинтересованных сторон действовать в интересах SDG.
- Вовлечение всех сфер управления, гражданского общества и ключевых заинтересованных сторон, в том числе университетов, в качестве важного шага для усиления управления SDG и процесса локализации. Прочные партнерские отношения и участие групп местных правительств городов и регионов, гражданского общества, частного сектора, социальных партнеров и научных кругов университетов в национальных координационных механизмах SDG, а также в определении, последующей деятельности и мониторинге SDG имеют решающее значение для достижения целей.

- «Укрепление голоса» местных властей в добровольной правдивой национальной отчетности, чтобы добиться качественного скачка в реализации SDG.
- Признание, поддержка и продвижение мониторинга «снизу вверх» и локализованных индикаторов, снабженных дезагрегированными Reverso Contex данными. Национальные и местные возможности по определению и сбору дезагрегированных и локализованных данных должны быть частью стратегий локализации SDG, чтобы гарантировать, что процессы планирования на всех уровнях основаны на реалистичных целях, и что эффективная реализация может контролироваться.
- Укрепление глобального сотрудничества через обновленную и усиленную многостороннюю систему, в том числе систему «регион-университет». Местные власти продемонстрировали, что они играют ключевую роль в наведении мостов между местными профессиональными сообществами и глобальными институтами, но, не претендуя конечно, на внутренние университетские консолидации.

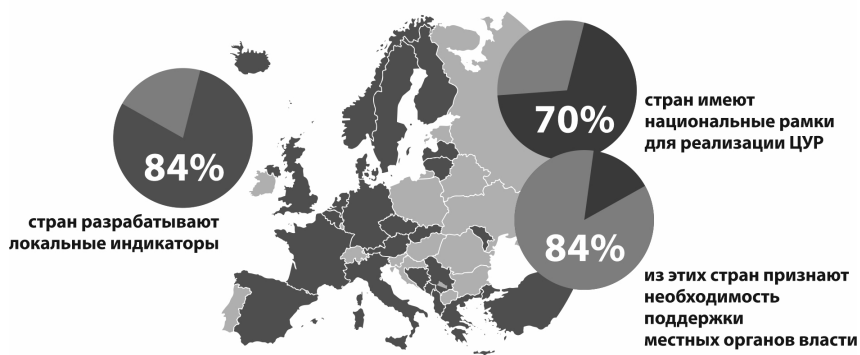


Рис. 3. Локализация SDG странами ЕС

Местные правительства городов и регионов, вполне на сегодняшний день, могут вносить вклад в устойчивое развитие системы «регион – университет» несколькими способами.

- Как сфера государственного управления системами образования, в том числе инклюзивного и интеграционного, наиболее близко подходящая к идее сохранения человеческого капитала и реализуема для понимания местных образовательных потребностей и достижения целей развития региона.
- Региональная власть обладает уникальной легитимностью, чтобы объединять и уравнивать все образовательные секторы и образовательные интересы в своих сообществах. Они могут и должны играть ведущую роль в разработке и реализации общего видения будущего развития образования в регионе.
- Стратегии местного экономического развития могут использовать и защищать местную культуру, способствовать расширению прав и возможностей женщин и включению маргинализированных групп, сокращать выбросы углерода и повышать устойчивость местной экономики к колебаниям глобальной экономической и финансовой систем.
- Местные правительства городов и регионов могут проектным образом сотрудничать с университетскими партнерами, чтобы стимулировать развитие системы коллаборации снизу вверх.
- Местные органы власти действуют на местном уровне для решения глобальных проблем (смягчение последствий изменения климата, гражданское строительство, сотрудничество в целях развития образования) и управления воздействием глобальных явлений на местном уровне (адаптация к изменению климата, миграция, посредничество глобализирующихся экономических и образовательно-культурных ресурсов).

Местные правительства городов и регионов создают, эксплуатируют и поддерживают экономическую, социальную и экологическую инфраструктуру, контролируют процессы планирования, устанавливают местные экологические политики и нормы и помогают в реализации национальных и субнаци-

ональных экологических политик. Инклюзивная и интеграционная образовательная политика не является исключением. Таким образом, даже когда рамки устанавливаются на более высоком уровне власти, местные правительства обладают компетенцией для многих секторов, таких как образование, городское и региональное планирование, управление, транспорт, водоснабжение, удаление отходов, управление качеством воздуха, общественное здравоохранение, продвижение социальных услуг и интеграция.

Отметим, в качестве вывода, что все уровни управления, от местного до глобального, конечно должны быть вертикально взаимосвязаны, объединяя иногда фрагментированные и частично совпадающие механизмы управления образовательными системами в секторе инклюзии и интеграции.

Стратегии и политика устойчивого развития образования в целом и инклюзии, в частности, на местном уровне интегрированы в субнациональные и национальные планы, и в процессы устойчивого развития регионов. Но реализация устойчивого развития может быть обеспечена только в том случае, если возможности местных правительств городов и регионов будут значительно усилены в секторе администрирования проекта «Образование без ограничений: инклюзия и интеграция» через внутренние упорядоченные форматы взаимодействия с региональными университетами и профессиональными сообществами специалистов.

1.2.

Семь шагов интеллектуальной интеграции в международные системы инклюзивного образования на основе бенчмаркинга

В последние десять лет, как мы уже упоминали в предисловии, наша профессиональная деятельность связана с проектированием и управлением международных систем развития педагогического образования и подготовкой педагогических кадров. Во всем мире это направление называется системным интеграционным проектированием в управлении образовательной деятельностью по разным направлениям, в том числе и в области специального образования.

Суть интеграционного проектирования заключается в международном единстве и развитии отдельных элементов многокомплексной, многоуровневой и многокомпонентной системы специального и инклюзивного образования в разных странах и соединения их возможностей в практическом секторе. Конечно, мы не претендуем на глобальность понимания интеграционного проектирования и полностью отдаем себе отчет в том, что разработка механизмов требует отдельных этапов сотрудничества и объединения усилий специалистов разных стран.

Правовой и нормативной основой создания таких систем являются международные документы и декларации: Всеобщая декларация прав человека, Декларация прав ребенка, Пекинские правила, Конвенция о правах ребенка; Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития ребенка; Декларация ООН о правах инвалидов, Декларация о правах умственно отсталых лиц; Саламанкская декларация о принципах, политике и практической деятельности в сфере образования лиц с особыми потребностями. Речь идет о международном сотрудничестве в области инклюзивного образования и специального образования (ЮНЕСКО). В России создание таких систем устремлено на инклюзивное образование при сохранении

форм специального образования, в странах Европы — на сочетании многомерных форм и развитие разнообразия.

В любом случае, международная интеграция в этих вопросах предполагает рассматривать обучение как педагогическую систему в сочетании со службами сопровождения, а исследования в области управления образованием предполагают бенчмаркинг-технологии обнаружения и сравнения лучших социальных, реабилитационных и психологических практик. В целом, подобные управленческие проекты, соединяют общее и специальное образование, оставляя право использовать «свои» специфические технологии, с целью создания в любой территории мира условий для преодоления у детей социальных последствий генетических и биологических дефектов.

На наш взгляд, основной принцип интеллектуальной интеграции в международное развитие специального образования — это принцип трансграничного комплексного сервиса. Мы называем подобный управленческий сервис — «трансграничный интегратор». В него входят научные, методические, организационные принципы функционирования специального образования общего характера и лучшие практики регионов мира в реализации специальных технологий устранения дефектов, действия сохранения качества жизни и развитию людей с ОВЗ. Также основным условием сервиса является участие в создании и реализации «трансграничного интегратора» специалистов и волонтеров из разных стран мира, имеющих соответствующую мотивацию, квалификацию, навыки работы в международной команде, основанные на комплексе «видимых» компетенций.

На наш взгляд, можно говорить о семи эффективных шагах интеллектуальной интеграции в многомерную инклюзию.

1 шаг. Международная инклюзивная политика и общая философия специального образования во всем мире.

Международные формы научной и общественной дипломатии. Мы рекомендуем специалистам инклюзии говорить в большинстве случаев не о различии систем, в которых они работают, а искать схожесть в системах и опираться на общие

формы работы, доказавшие свою эффективность. Конкретным примером может стать комплексная программа совместной помощи людям с ограниченными возможностями здоровья, независимо от того, в какой территории мира проживает человек, где проходит обучение, лечение или реабилитацию. На педагогическом факультете государственного университета имени Коменского в Братиславе разработана программа «Рука-Мозг» (научные руководители — профессор Алица Ванчова, доктор Анатолий Смолянинов) — программа лечебно-коррекционной работы с людьми, имеющими нарушения в развитии центральной нервной системы. В программу включены нейрокинезиологические и терапевтические методы нейродинамического моделирования движения в лечебно-коррекционной работе с детьми. Программа до сих пор успешно реализуется в Словакии как помогающая практическая университетская амбулатория для помощи детям с органическими поражениями головного мозга — детским церебральным параличом. Амбулатория реализует практику метода нейродинамического моделирования движения. Подробнее об этой программе мы написали во второй главе.

2 шаг. Создание транскультурных/трансграничных команд специалистов-исследователей и специалистов-практиков с целью интегрировать их технологии и методы.

Международный банк описания конкретных случаев в работе с детьми и взрослыми по отдельным категориям ограниченных возможностей здоровья, которые имеют эффективный результат, несмотря на трудность или неординарность случая. Мы рекомендуем специалистам, работающим в международных командах, не следовать правилу продвижения своего метода или методики, а следовать правилу продвижения качества работы, показателей динамики обучения, выздоровления и развития детей и взрослых с ограниченными возможностями здоровья в процессе коррекции и реабилитации. Особая роль в реализации этого шага принадлежит региональным и международным программам сопровождения родственников и

семей людей с ОВЗ. Цифровые платформы для специалистов, где они могут размещать результаты своей деятельности и осуществлять поиск компетентных экспертов для идентификации эффективных результатов по всему миру. Профессиональные специальные педагоги, реабилитологи и психологи публикуют свои материалы на родном и/или английском языках на цифровых платформах «Трансграничного интегратора». Это позволяет им найти «свою» и психологическую, и лингвистическую аудиторию в локальном и международном сообществе, а также среди родителей и семей, которые всегда находятся в поиске лучших специалистов, лучших методов и практик. На наш взгляд, создание такой цифровой платформы успешно может быть реализовано и в системе реализации проекта «цифровой регион – цифровой университет – профессиональное сообщество» при поддержке региональных и муниципальных грантов.

3 шаг. Международная добровольная сертификация специалистов по общим индикаторам.

Мы предлагаем минимизировать индикаторы профессионального мастерства специальных педагогов и психологов в случае их добровольного желания сертифицировать свою квалификацию как участника трансграничной команды специалистов. Исходить только из одного правила — полезность деятельности специалистов для определенной категории детей и взрослых с ограниченными возможностями здоровья, высокий эффект обучения и помощи (и ее непрерывность) для социализации и интеграции в общем процессе реабилитации. Мы готовы сотрудничать с любой образовательной организацией, которая пожелает создать такой комитет добровольной сертификации на своей базе и поделиться спецификой процедуры квалификационного экзамена.

4 и 5 шаги. Регулярный независимый мониторинг результатов специального образования по регионам и создание банка лучших практик на основе бенчмаркинга.

Во многих европейских регионах такой мониторинг осу-

ществляется, но он носит локальный характер «места проведения в домашнем регионе». Мы предлагаем трансграничный мониторинг по обоюдному согласию регионов-участников. Стратегия создания подобных мониторингов в системе специального образования заявлена и программами ЭРАСМУС 20.30. Эти программы ориентируют на изучение специфики мониторингов и процессов внедрения программ интеллектуальной интеграции в систему дополнительного профессионального образования высших школ, занимающихся подготовкой кадров.

Активность исследований разноуровневых трансграничных мониторингов обусловлена тем, что наращивание и обогащение интеграционного потенциала в едином пространстве высшего и дополнительного профессионального образования (ЕНЕА) позволяет не только определить эффективность бенчмаркинг-технологий в управлении инклюзивными системами, но и выполнить дополнительную задачу описания лучших практик и продвижения их в другие регионы.

Что касается фокусной цели подобных мониторингов, то здесь можно говорить об описательной конкретизации результатов обширного дескриптивного анализа бенчмаркинга лучших практик и дескриптивного описания процессов применения бенчмаркинг-технологий в тех регионах, где эти технологии до сих пор не применялись. На прикладном уровне исследователи и создатели научных систем мониторинга одновременно могут искать ответ на вопрос, почему при проявлении высокого интереса и высоком признании бенчмаркинг-технологий в целом, в управлении инклюзивными и интеграционными системами наблюдается весьма низкая мотивация в использовании бенчмаркинга для оценки качества деятельности вышеуказанных систем с точки зрения применимости лучших практик абилитации, реабилитации и специального обучения.

Мы предлагаем производить анализ по нескольким сегментам бенчмаркинга: общая транспарентность и научность, быстрота и надежность преодоления дефекта, «продуктовая

линейка» и разнообразие применение практики, цифровая релевантность. Инфографика модусов в мониторинге может быть показана в реальной и улучшенной моделях исполнения практик. Сравнительный анализ может быть использован для изучения синхронизации практик разных направлений — медицинская, реабилитационная, психологическая и специальная педагогическая, а также для изучения асинхронизмов применения цифровых форматов и цифровых методик, возникших в коррекционных практиках в период COVID-кризиса.

6 шаг. Создание сети помощи в системе мировой инклюзии и интеграции.

Мы уверены в том, что призыв «Образование без границ» необходимо перенести в область специального образования. Но в реализации этого шага есть больше вопросов, чем ответов. Как конкретно это осуществлять, финансировать и конкретизировать алгоритм действий?

Мы понимаем всю дискуссионность и неоднозначность идей, которую излагаем в этом параграфе в связи с вопросом эффективного международного развития многомерного инклюзивного образования. Наши рассуждения носят общий системный, нежели элементный характер, и, конечно, требуют и от организаторов, и от ученых, и от практиков объединения усилий и продолжения дискуссии.

7 шаг. Международная лаборатория исследований редких (орфанных) заболеваний.

В своей работе мы столкнулись в необходимости научных исследований эффективности психолого-педагогической комплексной помощи детям и взрослым с редкими (орфанными) заболеваниями (анг. *rare disease, orphan disease*), то есть заболеваниями, затрагивающими небольшую часть людей относительно общей численности населения. К редким в Европе относят заболевания, имеющие распространенность 1:2000 и реже. Однако эту цифру можно считать условной, так как для редких заболеваний она может меняться со временем с появлением новых данных или в зависимости от географического положения

и состава популяции. Например, СПИД считался крайне редким заболеванием, потом стал редким, а теперь в некоторых популяциях это заболевание можно отнести к часто встречающимся. Некоторые генетические или вирусные заболевания могут встречаться в одном регионе часто и редко в другом. Например, проказа — частое заболевание в центральной Африке и редкое в Европе. Тассемия редко встречается в Северной Европе, но распространена в Средиземноморских странах.

Международная лаборатория необходима, чтобы, наконец, получить улучшенные знания в ответах на множество вопросов. Сколько редких заболеваний существует? На сегодня описано около 7000 заболеваний, при этом каждую неделю появляются медицинские сообщения как минимум о 5 редких заболеваниях. Каковы причины редких заболеваний? Что характеризует редкие заболевания? Каковы медицинские и социальные последствия редких заболеваний? Проблемы, связанные с диагностикой, поиск квалифицированных специалистов, поиск достоверной информации о заболевании и его симптомах на разных стадиях течения. В случае наследственного заболевания квалифицированный прогноз в отношении вероятности рождения других больных в этой семье. Что же необходимо для улучшения особой психологической и социальной поддержки и интеграции больных в общественную среду, если характерны изменения внешнего вида человека, его психики и двигательных возможностей?

Однозначно, что для улучшения диагностики и терапии редких заболеваний необходима постоянно действующая исследовательская лаборатория, имеющая международную научно-исследовательскую программу и прежде всего биохимических, иммунологических, цитогенетических и молекулярно-генетических исследований. Такая лаборатория может быть аналогом создания базы специализированных регистров по отдельным заболеваниям и позволит проводить поиск клинических особенностей заболеваний, которые, в свою очередь, лягут в основу поиска психологических и социально-педагогических практик

включенного сопровождения лечения и психотерапевтических программ для родственников больных людей. Такой базой смогут воспользоваться и исследователи, и врачи, и специалисты помогающих профессий вместе с родственниками больных. Доступ к такого рода базе должен быть открытым.

Однако заметим тот факт, что в данном предложении формировать обновленную базу прежде всего необходимы договоренности стран о критериях и показателях. Например, в такой перечень, конечно, должны входить данные по распространенности заболевания по данным литературы (со ссылками на базы данных или источник) по регионам мира; краткая характеристика заболевания (тяжелое, инвалидизирующее, острое/хроническое, прогрессирующее, возраст начала, мультисистемное/с поражением одной системы органов, наследственное/приобретенное, исход заболевания и так далее); патогенетическое лечение (если существует), лекарственные препараты; наконец, эффективность проводимой терапии (полное клиническое выздоровление, стабилизация состояния); клинические исследования лекарственных препаратов; число пациентов с описываемым заболеванием; психологические, социальные и педагогические методики улучшения качества жизни пациентов.

1.3.

Асинхронизм возможностей цифрового образования для инклюзивных систем

Цифровое образование синхронизировалось с проектированием и управлением международных систем развития образования, в том числе и в инклюзивных системах. Однако пандемическое время внесло коррективы в скорости и форматы внедрения цифровых технологий в инклюзивные практики. Возник риск рассогласования целей и качества. Этот риск со-

здал ситуацию асинхронности. Авторы монографии обращают внимание региональных управленцев инклюзивных систем образования на эффективность создания команд цифровых наставников, способных к разработке и внедрению цифровых кейсов вместе со специалистами.

Новые векторы международного развития специального образования во многом оказались релевантны времени пандемии. Но даже если бы пандемия имела место только в одном мировом регионе, образование не избежало бы интенсивной и стремительной цифровой трансформации, потому что процесс цифровизации образования по всему миру начался практически сразу после перехода мировых и национальных экономик с аналогового формата на цифровой. В турбулентное время пандемии COVID-19, которое охватило все мировые регионы, возможности организации виртуальной образовательной среды значительно расширились. Примером таких многомерных форм для специалистов Европы, по рекомендации ЮНЕСКО, являются формальный, неформальный и информальный типы образования, в том числе инклюзии.

В любом случае, международная интеграция в этих вопросах предполагает рассматривать обучение детей с ограниченными возможностями здоровья как медико-педагогическую систему в сочетании со службами медицинского и социального сопровождения, например, лечебно-педагогические школы Paracelsus и также социально-педагогические и социально-психологические терапевтические центры, кабинеты частной практики специалистов, предлагающие услуги через систему государственного или частного страхования. Какова бы не была ситуация времени и измененных кризисами условий, связанных с цифровым прорывом в образовании, педагогическая система для детей с ОВЗ оставляет за собой право защищать их от асинхронизмов, вызванных ситуационной турбулентностью, произошедшей по всему миру из-за пандемии. Важно отметить, что в процессе внедрения цифровых кейсов в инклюзивные системы в кризисной ситуации пандемии принципиально важной

оказалась разделенная ответственность между государственными структурами инклюзивных систем, то есть специальной инспекцией, и профессиональными ассоциациями специалистов, то есть специальной экспертизой, которые выступают экспертами качества. Они осуществляют поддерживающее инспекционное сопровождение и экспертизу как лечебно-педагогических технологий, так и инструментов внедрения цифровых технологий, способных влиять на создание оптимальных коррекционных кейсов для решения проблем развития, связанных с генетическими, биологическими дефектами и, как следствие, с социальными навыками. Включенность инклюзивного образования в цифровую среду можно назвать «бегом времени» «Цифровая революция объединенными усилиями» — такой лозунг провозгласило мировое педагогическое сообщество в надежде, что найти решение в сложной и весьма еще неясной проблеме цифровой инклюзивной школы будущего вместе будет проще, чем решать вопросы в одиночку.

Управленцы образования разных регионов мира понимают, что создание виртуальных образовательных сред требует командной работы международных специалистов, инспекторов и экспертов, программистов и руководителей образовательных организаций. Объединенные команды способны к многомерному анализу и многоаспектному практическому воплощению цифровых возможностей инклюзивных технологий в конкретной ситуации и для решения конкретного запроса образовательной организации. А это дает, в свою очередь, возможность избежать асинхронности, то есть рассогласованности и несбалансированности в процессах развития образования в целом и в процессах развития конкретных групп детей.

Европейский опыт внедрения цифровых методов в инклюзивное образование также неоднозначен. Методологической основой для образовательных цифровых проектов стала Флагманская европейская стратегия информационных компьютерных технологий — Digital Agenda for Europe, и стратегия цифрового наставничества в образовании. Коммюнике Европейской

комиссии уже давно с тревогой сообщает мировому педагогическому сообществу, что по результатам «закрытых опросов» о качестве использования наиболее инновационных цифровых образовательных технологий, таких как системы MOOC — Massive Open Online Courses, из двух тысяч опрошенных директоров школ лишь треть имела представление об этом. Еще одна треть все-таки была уверена в собственных IT демонстрируемых компетенциях. Остальные директора лишь словесно смогли презентовать электронные учебники, обучающие программные модули, подкасты, симуляторы, обучающие игры и многое другое из цифрового формата инклюзивного обучения, что имелось у них в школах.

Еще в допандемическое время Европейская комиссия по образованию уже «запустила» Европейский реестр инновационных образовательных организаций — European Hub of Digitally Innovative Education Institutions. Этот ресурс наглядно демонстрирует высокую степень качественного применения цифровых инновационных практик в организации обучения, а их создателям уже выдается награда — Европейская премия за достижения в области цифровых технологий — European Award of Digital Excellence, поддержанная и Международным советом по открытому дистанционному образованию (ICDE) и международными организациями экономического сотрудничества и развития.

Также в Европе действуют институты интеллектуальных интеграций (www.rbs-ifie.at), которые стали для школьных и академических структур университетов стран СНГ и ЕС платформой для объединения усилий в направлении цифрового образования и формирования запроса от учителей и коррекционных педагогов по программам повышения квалификации и обучению цифровых наставников с учетом достигнутых их инклюзивными школами компетенций в области цифровой экономики. В этом случае обращаем внимание, что именно в текущее время цифровые возможности преобразовывают линейную педагогику в формат нелинейной, и даже матричной.

Но нельзя забывать и о рисках, порождаемых прорывом «цифры» и создающих «картину» асинхронности. Если образование становится крупнейшим нематериальным активом качества жизни регионов любого государства, то оно должно быть максимально качественно управляемым. Риски определяются механизмами управления. Если инклюзивное образование рассматривать как вектор разнообразия и сетевых коммуникаций, то развитие цифровых технологий и телекоммуникаций сетевого общества изменяет способы создания, передачи и фиксации знания, процесс личностного развития человека, его самоидентификацию. Собственно, поэтому образование, удовлетворяющее разнообразным потребностям цифрового общества, также должно стать цифровым. Риски определяются скоростью и полноценностью форм внедрения предметных цифровых кейсов в инклюзии и содержания цифровизации предметного уровня и скоростью их внедрения.

Если инклюзивное образование рассматривать как образование «новой архитектуры», то есть как ре-организующуюся систему из линейного формата в нелинейный и далее в сетевой, матричный, основанный на возможностях сетевых технологий, то риски определяются способностью системы к супер оперативным реагированиям специалистов инклюзивного образования на происходящие перемены, способностью их осваивать новое в необходимом режиме времени. Если акцентировать внимание на социально-психологическом аспекте происходящих в цифровом пространстве изменений в системе образования, то следует отметить, что внедрение прогрессивных методов обучения учащихся с ОВЗ требует как культурной, так и психологической трансформации и от учителей, и от родителей, и от самих учащихся. Структура современной инклюзивной школы вполне может быть построена таким образом, чтобы она способствовала обмену новыми идеями и цифровыми кейсами внутри и за ее пределами на вновь созданных платформах поддержки успешности пользователя цифрового пространства, не исключая, что это может быть безграничное

интегрированное международное пространство с устойчивым лингвистическим сопровождением. В этом случае разнообразие проявляется сразу в нескольких форматах: управленческом, методическом и лингвистическом, что немаловажно для международных стратегий. Однако, главный риск цифровизации инклюзивных систем и подвержением этого процесса асинхронности является переход на образовательные имитаторы. Избежать этого можно, если наряду с внедрением цифровых технологий заботиться об экологии процесса внедрения. Здесь превентивной мерой становятся междисциплинарные и межпроектные сети инклюзии — тренд инклюзивного образования сейчас во всем мире. Начало проектной сети может формироваться внутри профессиональной ассоциации, то есть внутри экспертной группы специалистов. А на следующей ступени развития она может «преодолевать» границы и формироваться как «инклюзивная педагогика без границ». Здесь большая роль принадлежит кафедрам инклюзивного образования университетов и институтам развития образования, которые могут взять на себя функции координаторов сети.

Цифровая трансформация предполагает эффективное и гибкое использование новейших технологий, обеспечивающих переход к персонализированному и ориентированному на результат образовательному процессу, в том числе и в инклюзии. Для развития и коррекции нарушений детей с ограниченными возможностями здоровья это имеет большое значение и ряд проблем. Помимо решения инфраструктурных вопросов, развития материальной базы (новые каналы связи, цифровые учебно-методические материалы, цифровые программы, новые системы управления обучением, системы универсальной идентификации учащегося и т.д.) акцент делается на подготовку современного инклюзивного педагога и социального коррекционного педагога, готового и желающего работать с детьми в новом цифровом формате. Для многих европейских стран создание к 2024 году современной и безопасной цифровой образовательной среды, обеспечивающей высокое качество и доступность образования всех видов и уровней, стало актуальной задачей.

1.4.

Бенчмаркинг в региональных стратегиях улучшения качества жизни людей с особыми потребностями

В соответствии с Sustainable Development Goals (SDGs) и новыми международными стратегиями развития образования ERASMUS 2030, о которых мы уже не раз упоминали, устойчивое социально-экономическое развитие региона зависит от релевантных прогрессивных моделей качества жизни людей, в том числе с особыми потребностями. Приоритетный подход к созданию таких моделей в мировой практике инклюзивного образования связан с бенчмаркингом формальных и неформальных технологий и методами их внедрения в программы обучения, сопровождения и социализации людей с особыми потребностями. В отличие от формальных технологий образования и социализации, неформальные практики требуют нестандартного взгляда руководителей регионов на организацию общественных пространств для детского и взрослого населения и постоянных бенчмаркинг-исследований качества.

Научная проблема, на которой основывается этот подход, имеет три взаимосвязанных аспекта:

- специализированный аспект — внедрение неформальных технологий в систему профессионального образования и подготовки кадров, владеющих неформальными технологиями и способными на региональном уровне их внедрять в практику инклюзивного образования;
- организационный аспект — создание университетской ресурсной платформы для форсайт-исследований проблем улучшения качества жизни людей с особыми потребностями;
- методический аспект — обеспечение специалистов неформальными методиками инклюзивного образования в рамках реализации региональных стратегий социально-экономи-

ческого развития на основе адаптации лучшего опыта, то есть на основе бенчмаркинга. Подобный подход может способствовать повышению конкурентоспособности региона в направлении привлекательности для миграции высококвалифицированных специалистов в области информальных технологий инклюзивного образования из других регионов, благоприятного улучшения качества жизни населения региона и, как следствие, благоприятного улучшения качества жизни людей с особыми потребностями. Подобная результативность может достигаться на основе сбалансированности территориально-пространственного развития, повышения качества равновесного взаимодействия ресурсов человеческого капитала и региональных институтов устойчивого развития.

Предлагаемая региональная модель совершенствования качества жизни людей с особыми потребностями на основе информальных технологий способна объединить все направления, необходимые для улучшения качества жизни и поможет обеспечить форсайт-уровень научно-практическим исследованиям в сфере инклюзивного образования, соответствующий мировым стандартам. Не менее важным является и обеспечение региональной платформы для бенчмаркинг-исследований с ориентацией на лучшую региональную и мировую практику.

Бенчмаркинг инклюзивного образования выступает как инструмент улучшения качества жизни людей с особыми потребностями. Улучшение качества жизни предполагает использование бенчмаркинга инклюзивного образования в широком и узком смысле. Бенчмаркинг как инструмент качества способен дать региональным руководителям возможность для принятия мер по реализации модели улучшения качества жизни в виде определения структурных элементов модели и приоритетных секторов развития; выработки форм улучшения качества жизни в соответствии с векторами приоритетов; внедрения информальных технологий в сферу инклюзивного образования в рамках высшей школы при наличии в регионе университета и

привлечение новых участников бенчмаркинга из региона, деятельность которых релевантна цели улучшения качества жизни.

Помимо широкого круга решаемых задач, подобная стратегия удовлетворит актуальный запрос от практикующих специалистов, а именно, позволит разработать форсайт-технологии в инклюзивном образовании в рамках университетских партнерских проектов совместно с институтами развития образования и создать открытые платформы для обучения информальным методам в системе повышения квалификации и переподготовки специалистов, родителей и родственников людей с особыми потребностями. Кроме того, такая региональная модель улучшения качества жизни будет обладать неограниченным потенциалом для развития детей с редкими заболеваниями (например, Ретт-синдром и другие) и взрослых (например, перенесших различные формы инсультов), и людей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

В европейских регионах уже создаются объединенные платформы для услуг, доступной среды и общественных пространств, которые предоставляет государство. Но параллельно Европейский Союз финансирует региональные проекты интеграции, которые ориентированы на инновационную культуру гражданственности населения, транспарентность и разнообразие цифровых модусов активности населения и региональных репозиторий «новой продуктовой линейки». В связи с этим возникают обучающие онлайн платформы для населения региона, способствующие формированию критического мышления, при котором рассматриваются и взвешиваются различные точки зрения и которое позволяет населению участвовать в процессах принятия региональных решений и обеспечивать высокий уровень информированности о новых информальных технологиях в сфере инклюзии. На примере Европы можно говорить и о значении институтов интеллектуальных интеграций, которые проводят региональный бенчмаркинг и становятся открытыми региональными платформами, отвечающими за

структурирование и описание внедрения модели улучшения качества жизни людей с особыми потребностями в конкретном регионе.

Проектный пример: «Международное партнерство в разработке и реализации проектов бенчмаркинга».

На примере Закамского региона Республики Татарстан Российской Федерации можно сказать об эффективности подобных консорциумов и проектов. В консорциум по данному проекту вошли Казанский (Приволжский) федеральный Университет и его европейский партнер в Австрии – Институт интеллектуальных интеграций /III Institut für intellektuelle Integration/, (Федеральная земля Вена), www.rbs-ifie.at. Стратегия бенчмаркинга позволила сформулировать задачи проекта как специальный запрос в научный сектор регионообразующего Института – Набережночелнинского Института К(П)ФУ. Конкретно задачи проекта были сформулированы так, чтобы его разработчики смогли в последствие реализовать идею создания объединенного ресурсного центра регионального уровня и масштабировать его деятельность в другие регионы республики.

Перечислим эти задачи: исследование европейского опыта инклюзивного образования и возможностей адаптации лучших практик; прикладной бенчмаркинг-анализ инструментальных инклюзивных элементов качества жизни людей с особыми потребностями; оценка возможности применения информальных технологий и форсайт-технологий в условиях инклюзивного образования; разработка структуры и содержания модели качества жизни людей с особыми потребностями путем реализации информальных технологий в сфере инклюзивного образования на территории муниципального образования города Набережные Челны (РФ); разработка методических рекомендаций и методических дескрипторов для работы в условиях инклюзивного образования с применением информальных технологий в сфере профессионального образования для людей с особыми образовательными потребностями; создание проекта ресурсного центра на базе Набережночелнинского института Казанского (Приволжского) федерального университета как открытой платформы бенчмаркинг исследований и обучения информальным методам в системе повышения квалификации и переподготовки специалистов, родителей и родственников людей с

особыми потребностями (в партнерстве с австрийским институтом интеллектуальных интеграций/ Institut für intellektuelle Integration (Федеральная Земля Вена), несколькими лечебно-педагогическими школами в Австрии и университетом имени Коменского в Братиславе). В качестве ожидаемых результатов проекта определены: открытая платформа бенчмаркинг-исследований и обучения в конкретном регионе, выполняющая многофункциональную миссию в области поиска инструментария бенчмаркинга, поддержки и сопровождения интеллектуальных интеграций на территории региона и их реализации в условиях высшего профессионального образования. В методическом плане открытая платформа инклюзивного обучения в рамках неформальных технологий включает в себя следующие структурные компоненты: внешнюю среду обучения, теоретико-методологические основы инклюзивного обучения, методическую систему, определяющую цели, содержание, формы, методы, средства обучения, субъекты и партнеры инклюзивного образования; релевантные параметры модели улучшения качества жизни людей с особыми потребностями, являющиеся не только методологической основой внутри одной организации, но и доступные для свободного использования в организациях различного типа; ревитализация программ повышения квалификации для специалистов инклюзивного образования путем дополнительного модуля «Информальные методики инклюзии»; инновационные способы представления результатов проекта будут осуществляться в рамках неформальных бенчмаркинг-курсов повышения квалификации и переподготовки, а также международных стажировок по направлению «Информальные технологии инклюзивного образования» в регионах партнеров. Интеграция стратегий бенчмаркинга показывает дескриптивность подхода к вопросам качества устойчивого развития в регионе. Бенчмаркинг как инструмент качества может быть использован в региональных стратегиях улучшения качества жизни людей с особыми потребностями здоровья.

Литература по главе 1

1. Касьянова Л. Как ЕС будет строить цифровое образовательное пространство [Электронный ресурс] // news [сайт]. [2013] URL: http://www.cnews.ru/articles/kak_es_budet_stroit_tsifrovoe_obrazovatelnoe
2. Князев Е.А., Евдокимова Я.Ш. Бенчмаркинг для вузов: Учебно-методическое пособие. М.: Университетская книга, Логос, 2006. 208 с.
3. Рябов О. Р. Целевые ориентиры образовательного бенчмаркинга в профессиональной подготовке дизайнеров // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. 2018. Т. 18. № 10. С. 109-114.
4. Рябов О., Мерзон Е. Резонансные механизмы брендинга территорий в системе DUDR: умный университет – умный регион // Визуальная антропология – 2019. Город-университет: жизненное пространство и визуальная среда: материалы III Международной научной конференции, 28–30 августа 2019 г., Великий Новгород / под редакцией С.С. Аванесова, Е.И. Спешиловой. Великий Новгород: Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, 2020. С. 430-438.
5. Рябов О.Р., Мерзон Е.Е. Неоднозначность проблем цифрового образования // Психология человека в образовании. 2019. № 1, вып. 1. URL: <https://psychinedu.ru/index.php/main/issue/view/1/2>
6. Сибгатуллина И.Ф. Информальное образование и бенчмаркинг в системе обучающихся городов / И.Ф. Сибгатуллина, Л.Н. Нугуманова // Визуальная антропология – 2019. Город-университет: жизненное пространство и визуальная среда: материалы III Международной научной конференции, 28-30 августа 2019 г., Великий Новгород / под редакцией С.С. Аванесова, Е.И. Спешиловой. Великий Новгород: Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, 2020. С. 489-499.
7. Сибгатуллина И.Ф., Рябов О.Р. Бег времени в цифровое обра-

- зование. Проект «Традиции и инновации»: цифровое образование. Выпуск 1 (4). Казань: Институт развития образования Республики Татарстан, 2019. 76 с.
8. Шарафуллина Ж.В., Абуталипова Э.Н., Гайсина Л.З. Обучающие вебинары как эффективная форма повышения квалификации специалистов центра психолого-медико-педагогической помощи. Современная наука: проблемы и перспективы развития: сборник статей Всероссийской заочной научно-практической конференции (г. Уфа, 29 мая 2020 г.) // отв. ред. А.В. Янгиров. Уфа: РИЦ ИРО РБ, 2020 – 224 с.
 9. ElMassah, Suzanna & Mohieldin, Mahmoud, 2020. Digital transformation and localizing the Sustainable Development Goals (SDGs), *Ecological Economics*, Elsevier, vol. 169(C). URL: <https://ideas.repec.org/a/eee/ecolec/v169y2020ics0921800919303258.html>
 10. Lee, Sang M., and Silvana Trimi. Innovation for creating a smart future. *Journal of Innovation & Knowledge*, vol. 3, No. 1 (January 2018)
 11. Nicklin, Sean; Cornwell, Ben and Trowbridge, Leigh (eds) (2019) *A better world : volume 5 : sustainable cities and communities : actions and commitments to the Sustainable Development Goals*. Opens external, Leicester, Tudor Rose. URL: <http://unhabitat.org.mm/wp-content/uploads/2019/06/A-Better-World-Volume-5.pdf>
 12. Nilsson Måns, et al. Mapping Interactions Between the Sustainable Development Goals: Lessons Learned and Ways Forward. *Sustainability Science*, vol. 13, No. 6 (November 2018).
 13. Nilsson, Måns, et al. *A guide to SDG interactions: from science to implementation*. Paris, France: International Council for Science (ICSU), 2017.
 14. O'Flaherty J., Liddy M. The impact of development education and education for sustainable development interventions: a synthesis of the research, *Environmental Education Research*, 24:7, 2018, 1031-1049.
 15. Rammel, Christian, Mader, Clemens. 2020. Special Issue: The future of education for sustainable development – Between

- the power of technology and the need for responsible citizenship. Sustainability. URL: https://www.mdpi.com/journal/sustainability/special_issues/Education_Sustainable_Development?view=compact&listby=type
16. Riabov O., Merzon E. Indefinite «Coup» of Digital Education and Certainty of Reality. International Conference on Pedagogy, Communication and Sociology (ICPCS 2019), Conference proceedings, 2019, Ningbo, China. P. 16-19.
 17. Roadmap for localizing the SDGs: implementation and monitoring at subnational level. URL: https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/commitments/818_11195_commitment_ROADMAP%20LOCALIZING%20SDGS.pdf
 18. Sibgatullina, I. F., Merzon, E. E., Seibgll, A. Talent management under conditions of digital transformation in education. Psychology in Education, 2019, vol. 1, no. 2, pp. 169–175. URL: <https://psychinedu.ru/index.php/main/article/view/18/30>
 19. Sibgatullina-Denis I., Riabov O., Merzon E., Vančová A. Descriptive Analysis of Benchmarking in Respect to SMART/UNI-Q Systems' Intellectual Integrations within the European Higher Education Area. Integratsiya obrazovaniya = Integration of Education. 2020, 24(4), 532-551.
 20. Sustainable Development Goals: Knowledge Platform [веб-сайт]. URL: <https://sustainabledevelopment.un.org/>
 21. Transforming our world: the 2030 Agenda for sustainable development. Available at: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf> (accessed: 05.08.2020)
 22. Urban Agenda of the EU, European Commission. The Urban Agenda for the EU. 2017.
 23. Vančová A., Lopúchová J., Harčaričková T. Historické reflexie a nové výzvy v slovenskej a českej špeciálnej pedagogike za posledných 100 rokov. Brno: MSD, 2019.
 24. Zondervan, Ruben. The scientific and technological community in the sustainable development goal process. Environmental Scientist, vol. 26, No. 3 (September 2017).

ГЛАВА 2

НЕЙРОДИНАМИЧЕСКАЯ СТРАТЕГИЯ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В ИНКЛЮЗИИ

2.1.

Теоретические и прикладные основы нейродинамического подхода к практике работы с детским церебральным параличом

Вторая глава монографии посвящена модульному описанию теории и практики нейродинамического подхода, который активно реализуется в Словакии в лабораториях и кафедрах педагогического факультета Словацкого государственного университета имени Яна Амоса Коменского. Эффективность данного подхода доказана многими фактами стабилизации здоровья детей с проблемами опорно-двигательного аппарата, которые прошли программы восстановительной терапии и коррекции в европейской психонейропедагогической лаборатории EPSYNEЛ вышеназванного университета. Специалисты этой лаборатории с 2014 года активно сотрудничают с российскими специалистами в области коррекционной педагогики и региональной инклюзии.

Теоретическая основа. С точки зрения биомеханики, двигательная система управляет всеми целенаправленными движениями в пространстве, которые сопровождаются работой и реакциями механизмов позы. Н.А. Бернштейн выделил церебральные уровни построения движений с учетом их морфофизиологической характеристики и назвал эти уровни по первым буквам латинского алфавита. В ходе филогенетического развития двигательная система постепенно адаптируется к выполнению более сложных задач путем формирования добавочных регулирующих механизмов в центральной нервной системе для выполнения новых видов деятельности. Функции позы и их координация с целенаправленными движениями преимущественно контролируются стволовыми структурами, а сами целенаправленные движения требуют участия центров еще более высоких уровней. Подкорковые мотивационные области, а так-

же ассоциативная кора ответственны за формирование побуждения к действию, которое затем преобразуется в программы движения. Программы движения передаются в спинной мозг, а оттуда к скелетным мышцам для реализации.

Сенсорная информация и двигательная активность тесно взаимосвязаны. При ДЦП особенностью двигательных нарушений является их связь с сенсорными расстройствами. Теория Н.А. Бернштейна об уровнях построения движения помогает понять сущность патологии у детей с диагнозом ДЦП. При этой патологии поражен уже первый уровень построения движения по Бернштейну — руброспинальный (уровень А). Это самый древний палеокинетический уровень, который заканчивает свое развитие внутриутробно. Морфологическим субстратом его служит афферентация с вестибулярного аппарата, рецепторов кожи, сухожилий, мышц и суставных сумок, рецепторы перекрестных рефлексов парных конечностей, рефлексов внутренних органов. Движения этого уровня полностью произвольны. Этим уровнем обеспечивается поддержание позы, повороты головы. Поза тела определяется совокупностью значений улов, образуемых суставами тела человека в результате ориентации в поле тяготения. Для поддержания позы необходима фиксация определенных положений тела и конечностей, а также ориентация частей тела относительно внешних координат, например поддержание равновесия. Класс движений который обеспечивается этим уровнем, состоит из движений плавательного характера, в которых участвует почти 100% мускулатуры. При его поражении ранние механизмы координации выступают как базовые.

Новые более сложные движения появляются на основе элементов более примитивного класса движений. Если руброспинальный уровень обеспечивает моторику туловища и его частей, то уровень В, таламо-палидарный, рожден спросом на целостные локомоторные движения. Таламо-палидарный уровень начинает функционировать в онтогенезе позднее руброспинального уровня. Слабость второго уровня у здорово-

го ребенка в 4-5 месяцев проявляется в том, что при попытке схватывания предмета возникает масса нецелесообразных движений — синкенизий. Во втором полугодии синкенизии сменяются синергиями, которые обеспечивают вспомогательные движения для многочисленных навыков. Этот уровень корректирует целостное сложное движение путем согласования его частей. Афферентация таламо-палидарного уровня способствует суставно-угловой проприоцепции собственного тела. Функционирование таламо-палидарного уровня охватывает выразительные движения: мимику, пластику, пантомимику. Так как движения этого уровня автоматичны и не могут точно соизмеряться, то его поражение приводит к гипердинамическим и гиподинамическим расстройствам. Гипердинамические расстройства проявляются насильственными движениями из-за вовлечения в активность посторонней мышечной группы. При гиподинамии наблюдается скудость движений, утрачивается их содружественность, появляются пропульсии и калептодность (невозможность прекратить двигательный акт). Деформация основы построения двигательных синергий влечет за собой нарушение всего дальнейшего формирования двигательной системы (И.С. Перхурова, В.М. Лизинович, Е.Г. Сологубов, 1996).

Если таламо-палидарный уровень является высшим двигательным центром для рыб и земноводных, то у человека таким центром является следующий, пирамидно-стриальный (уровень С), расположенный в стриатуме и пирамидной двигательной системе коры. Сенсорная коррекция этого уровня способствует согласованию движения с окружающим пространством при ведущей роли зрительной афферентации. Движения, обеспечиваемые этим уровнем имеют начало и конец, они точны и своевременны, по ходу движения возможна дозировка силы. Движения на этом уровне – это движения в пространственном поле. Каждое движение является сложным психомоторным актом и каждый раз конструируется заново, так как человек не может периодически и абсолютно идентично повторить ни одного

своего движения. На этом уровне возможны многочисленные компенсации и взаимозамены. Поражение этого уровня проявляется параличами и парезами, нарушением координации движений (дистаксии и атаксии).

Структура двигательного паралича. В структуру двигательного дефекта при ДЦП входят симптомы центрального паралича. Для спастического паралича характерно нарушение мышечного тонуса (мышечная гипертония), повышение сухожильных и периостальных рефлексов (гиперрефлексия), наличие клонусов, патологических рефлексов, защитных рефлексов, синкенизий. Патофизиологической основой этих симптомов служит выпадение тормозящих влияний коры большого мозга на интроспинальные автоматизмы. При ДЦП наибольшее повышение мышечного тонуса наблюдается в мышцах — сгибателях конечностей, в приводящих мышцах бедер, в подошвенных сгибателях стоп. Это определяет специфическую позу детей с ДЦП: ноги согнуты в коленных суставах, опора на пальцы, руки приведены к туловищу, согнуты в локтевых суставах, пальцы сжаты в кулаки. Гиперкинетическая форма ДЦП характеризуется изменчивым мышечным тонусом. В состоянии покоя мышцы расслаблены и гиперкинезы ослабевают, при попытке совершения произвольного движения тонус резко возрастает и гиперкинезы усиливаются. При атетоидных гиперкинезах дистония мышц создает изменчивый мышечный тонус. При этом возникает червеобразный, перемещающийся спазм. Атонически-астатическая форма ДЦП характеризуется мышечной гипотонией. Осложненные формы ДЦП включают в себя различные варианты нарушений мышечного тонуса.

Уровень осмысленных действий. Уровень Д — это уровень действий. Появление первых осмысленных действий связано с созреванием предметного, теменно-премоторного, кортикального уровня построения движений. Проприорецепция на этом уровне играет подчиненную роль. Ведущая афферентация опирается на смысловую сторону действия и не связана с рецепторными образованиями. Теменно-премоторный уровень

обеспечивает самообслуживание, все предметные, трудовые и производственные действия, спортивные игры. Движения этого уровня связаны с четким осознанием правой и левой сторон тела. Патология двигательной сферы на этом уровне выражается в нарушении смысловой организации и реализации движений (апраксия и диспраксия), нарушается ориентировка в пространстве (лево – право), затруднена выработка двигательных навыков. У некоторой группы детей с ДЦП отчетливо выражены элементы апраксии речевой мускулатуры. Данная патология имеет принципиальное сходство с гораздо более глубокой апраксией позы пальцев, что свидетельствует о недостаточности развития премоторных и ретроцентральных зон коры. У таких детей наблюдается недостаточность кинестетического отдела рече-двигательного анализатора. Слабость кинестетического звена обуславливает апраксию мимико-артикуляционной мускулатуры, что препятствует развитию подражательных речевых движений. При ДЦП отмечается низкий тонус кинестетического отдела речедвигательного анализатора, который обеспечивает анализ импульсации из артикуляционного аппарата. Это препятствует созданию речевых схем и следового двигательного образа слов. Уровень E — это высший уровень организации движений, который обеспечивает интеллектуализированные двигательные акты. Он обеспечивает понимание чужой и собственной речи, письменное и устное выражение своих мыслей, а также движения символической или кодированной речи (язык жестов глухонемых, азбука Морзе). Нейрофизиологические механизмы этого уровня обеспечиваются высшими интегративными возможностями коры большого мозга, поэтому созревание коры имеет решающее значение для его функционирования.

Речевые нарушения. Начиная с шестидесятых годов XX века, появились исследования, в которых изучались познавательные процессы и речь у детей, страдающих церебральным параличом: М.Б. Эйдинова и Е.Н. Правдина-Винарская; Ж. Тардье; Р.А. Абрамович-Лехтман; М.В. Ипполитова; Л.А. Данилова;

К.А. Семенова, Е.М. Мастюкова, М.Я. Смуглин; И.И. Мамайчук; Н.В. Симонова; Э.С. Калижнюк. По состоянию интеллекта дети с церебральным параличом представляют крайне разнородную группу: одни имеют нормальный или близкий к нормальному интеллекту (25% - 30%), у других наблюдается задержка психического развития церебрально-органического генеза (40% - 45%), у остальных выражена олигофрения (30%). При любом развитии интеллекта у таких детей могут быть выражены речевые расстройства. Частота речевых расстройств, по мнению разных исследователей, при данной патологии составляет 80% (Л.А. Данилова, Е.М. Мастюкова).

Речевые нарушения у детей с ДЦП характеризуются задержкой речевого развития, дизартрией и алалией. Задержка речевого развития проявляется уже в доречевой период. При этом гуление и лепет появляются значительно позднее, чем у здорового ребенка, характеризуются фрагментарностью, малой голосовой активностью, бедностью звуковых комплексов. Произношение первых слов запаздывает, активный словарный запас накапливается медленно, нарушается формирование фразовой речи. Задержка речевого развития часто сочетается с различными формами дизартрии и алалии. Наиболее частой формой у детей с ДЦП является псевдобульбарная дизартрия, для которой характерно повышение тонуса речевой мускулатуры. Язык в полости рта напряжен, его спинка спастически изогнута, а кончик не выражен. Губы спастически напряжены. Повышенный мышечный тонус может чередоваться с гипотонией или дистонией в отдельных мышечных группах артикуляционного аппарата. Парезы артикуляционных мышц приводят к нарушениям артикулирования звуков речи, расстройствам голоса, дыхания, темпа и ритма речи. Этот вид дизартрии может встречаться при всех формах ДЦП. Экстрапирамидная форма дизартрии наблюдается при гиперкинетической форме ДЦП. Она характеризуется мышечной дистонией, гиперкинезами артикуляционных мышц, выраженным нарушением интонационной стороны речи. При атонически-астатической форме

ДЦП отмечается мозжечковая дизартрия, особенностью которой является асинхронность между дыханием, фонацией и артикуляцией. Речь при этом носит замедленный и толчкообразный характер, к концу фразы голос затихает (скандированная речь). Часто встречаются смешанные формы дизартрий.

Моторная алалия приводит к недоразвитию всех сторон речи: фонематической, лексической, грамматической, а также семантической. При сенсорной алалии затруднено понимание обращенной речи. Отмечаются выраженные нарушения фонематического восприятия, вторично страдает развитие моторной речи. Речевые нарушения у детей с церебральными параличами редко бывают изолированными. Чаще дизартрия сочетается с задержками речевого развития или с алалией.

О познавательной деятельности. Несформированность высших психических функций является важным звеном нарушений познавательной деятельности при ДЦП. Прежде всего, отмечается недостаточность пространственных и временных представлений, что связано с недоразвитием или поражением теменной доли больших полушарий головного мозга, а также с нарушениями зрительного восприятия. Нарушения зрительного восприятия связаны с недостаточностью фиксации взора и конвергенции, сужением полей зрения, птозом, двоением, нистагмом и снижением остроты зрения. Нарушение подвижности глазных яблок является следствием пареза мышц двигающих глазное яблоко. Нарушение слухового восприятия также имеет значение в формировании пространственного гнозиса. Описанные сенсорные нарушения в дальнейшем служат причиной нарушения различных форм внимания. У детей выражены нарушения схемы тела. Значительно позже, чем у здоровых сверстников, формируются представления о здоровой руке, о частях лица и тела. Они затрудняются в понимании предлогов и наречий. Дошкольники с церебральным параличом с трудом усваивают понятия величины, плохо дифференцируют сходные формы.

Нейродинамическая коррекция. Нейропсихопедагогическая коррекция построена с учетом онтогенетического моторного развития двигательных навыков в младенчестве. Развитие — непрерывный процесс, протекающий с непостоянной интенсивностью. Сразу после рождения, в течение первых двух недель, наблюдается период торможения развития (плато). Это время необходимо организму для знакомства с новыми условиями окружающей среды. После первых двух недель жизни наступает наиболее динамический период развития человека, который длится до третьего года жизни. Онтогенетическое развитие происходит в строго установленном порядке: движения головы, хватания руками, повороты тела, ползание, вставание, ходьба (Н.И. Касаткин, Н.А. Тих, К.А. Семенова).

Каждому возрастному этапу соответствуют определенные двигательные навыки. К периоду ползания ребенок должен пройти определенный период подготовки всех групп мышц, которые участвуют в этой деятельности. Ему необходимо научиться держать голову, удерживать ее в равновесии во множестве разных положений тела, опираться на руки и переворачиваться с живота на спину и со спины на живот.

К концу первого месяца жизни уменьшается мышечное напряжение, исчезает поза, характерная для плода. На втором месяце ребенок выполняет бесцельные повороты головы на бок, изгибает туловище, хаотично машет ручками и ножками. В норме ребенок удерживает голову к двум месяцам, что свидетельствует о включении в работу мышц шеи. Это один из первых произвольных навыков, необходимых для формирования вертикальной оси тела. Способность опираться на руки формируется также к двум месяцам, когда в положении на животе здоровый ребенок опирается на локти.

На третьем месяце жизни развитие глазных мышц позволяет все более длительное время фиксировать взгляд на блестящих предметах, находящихся на расстоянии, а чуть позже малыш начинает следить взглядом за движущимися предметами и поворачиваться в направлении звука. К этому времени

ребенок уже может разглядывать поднятые вверх руки и ноги. В это время исчезают безусловные рефлексы периода новорожденности: хватания, ползания, а также защитный. К трем месяцам появляется способность, лежа на животе, опираться на раскрытые ладони. Этот навык необходим для освобождения рук, которые понадобятся при переходе из одного положения в другое.

Далее младенец к четырем-пяти месяцам осваивает перевороты и начинает крутиться в положении лежа. Это способствует перемещению ребенка в пространстве. Формирующийся механизм координации «глаз – рука» способствует ребенку дотянуться до игрушки, а если его потянуть за ручки, подтягивает предплечье и спину. Пятимесячный малыш хватает предметы, подвешенные над его грудью, а вскоре и расположенные над головой или сбоку. Схваченный предмет ребенок в состоянии удержать между ладонями сначала лишь несколько секунд. Следующий этап развития хватательных движений — сжимание вложенной в руку игрушки всей ладонью, но сначала без участия большого пальца. Ребенок отпускает игрушку, если в другую руку вложить следующий предмет. Далее малыш начинает вертеться в положении на животе вокруг пупка, что способствует формированию навыка ползания. Благодаря ползанию развивается тактильная чувствительность. С помощью информации от проприорецепторов начинают формироваться пространственные представления о собственном теле. Ползание способствует улучшению межполушарного взаимодействия, а это в свою очередь, развитию ассоциативных связей коры. Этап ползания способствует освоению предлогов (над, под, на, в, за, перед), освоению речевых конструкций, обозначающих пространственно-временные отношения. Полноценное прохождение этого этапа является профилактикой проблем с чтением и письмом.

В шесть месяцев ребенок хватает пальцы взрослого, садится и некоторое время остается в таком положении, сильно наклонившись вперед. Когда ребенок садится, руки у него свободны,

что способствует манипуляции с предметами. В шесть-семь месяцев ребенок с силой упирается ногами и делает подскоки, и если его взять под мышки. В возрасте около восьми месяцев ребенок умеет самостоятельно хватать по одному предмету в каждую руку, перекладывать их из руки в руку и сознательно бросать. Постепенное развитие мышц руки позволяет к девяти месяцам хватать предметы уже двумя пальцами. Затем формируется навык вставания, а после навык ходьбы. Между восьмым и девятым месяцами, если его поставить, малыш стоит у опоры и самостоятельно опускается на колени.

Следующий этап подготовки к первым шагам — самостоятельный подъем при помощи опоры, а скоро и первые шажки боком вдоль опоры. В девять месяцев ребенок начинает передвигаться на коленях. Умение ходить развивается между девятым и четырнадцатым месяцами и проходит в несколько этапов: передвижение боком вдоль опоры, передвижение вперед при поддержке под мышки, передвижение с поддержкой за руки, самостоятельное передвижение. Вертикализация для ребенка является необходимым условием, освобождающим руки, обеспечивая нормальное развитие их функций, а также связанное с этим психическое развитие.

В последние месяцы первого года жизни ребенок совершенствует умение хватать, манипулировать пальцами. Малыш трясет предметами, которые держит в руках, стучит предметом о предмет, может поставить кубики один на другой, пытается держать чашку, из которой пьет, поддерживает бутылочку.

На первом году жизни в норме, взамен исчезающим рефлексам врожденного автоматизма, последовательно формируются установочные рефлексы:

1. Установочный рефлекс на голову (установочный шейный симметричный рефлекс) — обеспечивает фиксацию головы при изменении положения тела в пространстве, по отношению к гравитационному полю Земли.

2. Установочный цепной асимметричный рефлекс с туловища на таз — обеспечивает способность малыша самостоятельно сидеть и садиться.

3. Установочный рефлекс с таза на ноги — обеспечивает способность к вертикализации.

4. Пяточный рефлекс. Все эти рефлексy служат единой цели — формированию ходьбы.

Нарушение этапов двигательного развития, наблюдающееся у детей с ДЦП, ведет к нарушениям общего развития ребенка. Если двигательное развитие ребенка проходило с искажением, то двигательные схемы не запускаются или запускаются с опозданием. Развитие идет с нарушением последовательности включения двигательных паттернов. Без жизнеутверждения текущей стадии не будет становления последующей, так как каждый сформировавшийся двигательный навык является основой для следующего. Поэтому коррекционную работу необходимо начинать с упражнений, которые заново выстраивают правильное двигательное развитие ребенка. Для того чтобы ребенок мог уверенно удерживать голову в заданном положении, у него должны содружественно включаться мышечные группы пояса верхних конечностей, согласно нейродинамическим закономерностям обеспечивающие опору для мышц разгибателей шеи. Прежде чем учить ребенка с ДЦП действовать руками, необходимо раскрыть его ладонь, чтобы пальцы были выпрямлены, большой палец отведен, а запястье разогнуто.

2.2.

Предпосылки программы «Рука - Мозг» и ее идеи

Программа «Рука – Мозг» способствует формированию двигательной функциональной системы и имеет огромное значение в организации интегративной деятельности мозга. Выработка двигательного навыка есть смысловое цепное действие, в котором нельзя ни выпускать отдельных смысловых звеньев, ни перемешивать их порядка. Исследованиями установлены многочисленные связи между различными сторонами

психического и моторного развития человека (Е.А. Журавлева, Н.Б. Стамбулова, А.В. Стамбулов, М.А. Мостова). Двигательный анализатор может рассматриваться как один из наиболее существенных механизмов, обеспечивающих целостную интегративную деятельность мозга. Это подтверждается данными исследований Г.И. Полякова, И.А. Замбрицкого, которые доказали, что материальной основой функциональной деятельности мозга служит нейронная решетка с обширными рецепторно-эффекторными замыканиями. Различные ее участки структурно-функционально специализированы. Нейроны с поливалентной характеристикой, на которых конвергируют разнообразные конвергентные влияния, встречаются практически во всех структурах головного мозга. Это свидетельствует о том, что информация и функции распределены в обширных анатомических областях. Двигательный (проприоцептивный) анализатор является одним из наиболее древних в системе анализаторов. По данным исследований А.А. Волохова (1965), он одним из первых включается в функциональную деятельность и одним из последних завершает свое развитие. Освоение сложных движений ребенком зависит от готовности эволюционно более поздних уровней включиться в работу.

Программа «Рука – Мозг» создана для успешной и эффективной реабилитации больных с ДЦП и использует идею целенаправленного воздействия на основные звенья патогенеза расстройств моторики. С созреванием двигательного анализатора тесно связано развитие функциональных возможностей кистей и пальцев рук. Формирование тонких движений кисти связано с развитием зрительного восприятия, чувствительностью, гнозисом, пространственной ориентацией, координацией движений. Исследованиями доказано, что существует онтогенетическая взаимосвязь между развитием мелкой моторики и речевой функцией (М.М. Кольцова, Л.А. Кукуев, Л.А. Новиков). У ребенка в силу пластичности мозга органические дефекты могут быть компенсированы при коррекционной работе с учетом нейродинамических закономерностей.

Коррекционная работа строится на знании из биомеханики законов «рычагов», «степеней свободы», состояние тонуса мышц синергистов и антагонистов. Двигательная система человека включает в себя пассивную часть — скелет и активную часть — поперечнополосатую мускулатуру. Пассивный двигательный аппарат состоит из костных звеньев, которые расположены преимущественно по оси органов (аксиально). Поэтому устойчивость системы не может обеспечиваться без постоянного активного участия мускулатуры. Для мышц, облегающих аксиальные цепи снаружи, биодинамическое значение имеет расположение концевых отрезков мышечных сухожилий. Эти звенья подвижно сочленены между собой, образуя так называемые кинематические цепи. Мера взаимной подвижности двух звеньев кинематической цепи определяется в механике числом так называемых степеней свободы подвижности и деформируемости. Число степеней свободы взаимной подвижности звеньев кинематической цепи есть не что иное, как необходимое и достаточное число независимых друг от друга координат. Эти координаты должны быть назначены для того, чтобы поза органа оказалась вполне определенной. Количество степеней свободы цепи не зависит от выбора той или иной системы координат, то есть является объективно присущей самой цепи. Число степеней свободы деформации многозвенной цепи либо равно сумме чисел степеней свободы всех ее сочленений (незамкнутые цепи), либо несколько меньше ее (замкнутые цепи). Подвижность кинематических цепей человеческого тела огромна. Например, обладание подвижными пальцами обогащает подвижность и деформируемость руки по сравнению с передней конечностью четвероногого на 22 добавочные степени. Это важное отличие кинематических цепей живого организма от кинематических цепей искусственных машин. Переход от одной степени свободы, то есть от вынужденного типа подвижности, к двум или нескольким степеням, знаменует собой возникновение выбора траектории движения.

С точки зрения биомеханики, координация движений есть преодоление избыточных степеней свободы движущегося органа. Для того, чтобы движение сделать управляемым, необходимо заставить каждый элемент кинематической цепи двигаться по заданной траектории. Двигателями кинематических цепей организма служат перекинутые между звеньями скелетные мышцы. Мышца, вызывая своей деятельностью изменение в движении кинематической цепи, раздражает при этом чувствительные окончания проприорецепторов (периферийное замыкание), а эти проприоцептивные сигналы, замыкаясь в центральной нервной системе на эффекторные пути, вносят изменения в эффекторный поток, то есть в физиологическое состояние мышцы (центральное замыкание). Таким образом, между афферентным и эфферентным процессом существует другая форма взаимоотношений: не рефлекторная дуга, а рефлекторное кольцо. Посредством центральной нервной системы между мышечным напряжением и результирующим движением не может быть однозначной зависимости. Координация движений достигается через особую группу физиологических механизмов, создающих непрерывное организованное циклическое взаимодействие между рецепторным и эффекторным процессом.

Каждая двигательная задача несет в себе содержание и смысловую структуру. В зависимости от этого она находит свой сенсорный синтез (уровень), который наиболее адекватен по качеству и составу образующих его афферентаций. Этот уровень и определяется как ведущий уровень для данного движения. Но ни одно движение не обслуживается по всем его деталям только одним ведущим уровнем построения.

В начале формирования нового двигательного навыка координации ведутся уровнем-инициатором. Затем техническая сторона сложного движения находит для себя нижележащий уровень, афферентации которого наиболее адекватны по качествам обеспечиваемых ими сенсорных коррекций. Переключение технических компонентов движения в фоновые уровни

называется автоматизацией движения. При некоторых формах ДЦП путь ограничения степеней свободы путем замкнутой кинематической цепи является целесообразным для выработки и закрепления физиологически нормальных движений. Регулярное выполнение упражнений в условиях замкнутой кинематической цепи эффективно решает задачи выравнивания мышечного тонуса, погашения действия патологических синергий и создания биомеханического фона для всех основных движений, определяющих как физическое, так и психическое развитие ребенка. При этом нейрокинезитерапевтическая коррекция решает задачи устранения активности патологически задержавшихся рефлексов, противодействует патологически сформированным синергиям и связанным с ними вторичным изменениям в виде контрактур и деформаций. Моделируя условия замкнутой кинематической цепи, мы создаем условия для рефлексзапрещающих позиций, физиологического включения синергий, профилактики контрактур и деформаций. Благодаря одновременному включению больших мышечных групп в условиях рефлексзапрещающих позиций происходит глобальное воздействие на центральную нервную систему лавинного потока афферентных импульсов, эффективная коррекция двигательных стереотипов, а также коррекция развития психических процессов.

2.3.

Возможности анималотерапии в сочетании с нейрокинезитерапией и резонансным подходом

Вданном параграфе мы хотим показать специалистам инклюзии возможности анималотерапии как эффективного средства реабилитации детей с особыми потребностями в сочетании с нейрокинезитерапией. Нейрокинезитерапия — это составная часть оздоровительной реабилитационной програм-

мы, которая дополняется анималотерапией, усиливает ее положительный эффект, дает психологическую и эмоциональную разрядку, готовит ребенка к жизни в социуме.

Как мы уже неоднократно говорили, реабилитация детей с ДЦП требует согласованной работы специалистов разных направлений (врачей, педагогов, психологов и др.). Анималотерапия относится ко второму этапу в лечебно-коррекционной работе. Н.Л. Кряжева, К. Аллен, О.Р. Арнольд, С. Баркер, Дж. Гаммонли выделяют анималотерапию как самостоятельный метод нетрадиционной медицины, оказывающий терапевтическое воздействие.

Как самостоятельный метод лечения анималотерапия начала развиваться со второй половины XX века. Этому способствовало развитие современных научных методов исследования взаимоотношений человека и животных. Наиболее общим понятием, обозначающим те или иные контакты между человеком и животным, считается понятие «взаимодействие». Процесс влияния поведения одного индивида на поведение другого может быть определен как взаимодействие. Это понятие является ключевым в анималотерапии.

На развитие анималотерапии оказали влияние работы грузинского физиолога Л.А. Орбели, который рассматривал проблему эволюции психики. Согласно его представлениям в ходе прогрессивной эволюции происходило увеличение пластичности поведения организмов. Л.А. Орбели выдвинул гипотезу о существовании промежуточных этапов развития сигнальных систем в процессе эволюции. Промежуточные формы сигнальных систем обеспечили возможность использования символов вместо реальных объектов на переходном уровне отражения психикой реальной действительности. Умение связывать незнакомый знак с обобщенным представлением о классе реальных явлений означает, что в коре головного мозга животного складывается механизм образования понятий. Эти «протопонятия» не просто аналоги представлений, а смысловые схемы. Возможность к символизации лежит в основе образования вто-

рой сигнальной системы. Предположения Л.А. Орбели получили подтверждение в современных исследованиях способности к обобщению и использованию символов у высших позвоночных. Л.А. Фирсов на основе экспериментального материала пришел к заключению о том, что психика антропоидов характеризуется таким уровнем способности к формированию довербальных понятий, который можно рассматривать как промежуточный между первой и второй сигнальными системами.

В «Очерке развития психики» А.Н. Леонтьев изложил свою концепцию стадийного развития психики в процессе эволюции. В разработанной им периодизации развития психики выделяется три стадии: элементарная сенсорная психика, перцептивная психика, стадия интеллекта. Уровень психики млекопитающих достигает развития третьей стадии. Многие животные способны к осуществлению базовых операций, характерных для мышления человека — обобщению и абстрагированию. Появление интеллекта у млекопитающих характеризуется тем, что возникает отражение не только отдельных вещей, но и их отношений (ситуаций). Это способствует межвидовому взаимодействию организмов.

Современные научные представления в анималотерапии об отношениях человека и окружающей среды строятся на принципах холизма. Целостность трактуется в холизме как высшее философское понятие, синтезирующее в себе объективное и субъективное. В философском энциклопедическом словаре согласно холистическому подходу человеческая личность рассматривается как высшая конкретная форма органической целостности. Человек представляет собой систему биологических, психических, социальных и духовных элементов. Данная система старается функционировать таким образом, чтобы сохранить гармонию как внутри себя, так и с внешней средой. В психологии идеи целостности реализовались в гештальт-направлении. Холистический подход в психологии утверждает идею о необходимости целостного изучения личности как системы, каждый элемент которой находится во взаимосвязи

и взаимодействии друг с другом. Человек и окружающая среда понимаются как одно целое, как влияющие друг на друга «сущности». Однако в процессе развития цивилизации человек утратил связь с природой, поэтому самовосстанавливающие процессы в организме не работают так, как это было запрограммировано. Животные, как существа, никогда не теряющие мощную связь с природой, являются для человека своеобразным связующим звеном с окружающим миром, что помогает человеку именно природным путем поправить психическое и физическое здоровье. В основу деления анималотерапии на виды положены два критерия. По первому критерию — целенаправленность использования животных и их образов, Н.Л. Кряжева различает ненаправленную анималотерапию (естественную), когда человек просто получает положительный эмоциональный заряд от общения с животным; а также направленную, в которой обученные животные-терапевты работают в тандеме с человеком-специалистом по заранее разработанным лечебным программам.

Исследованиями польских ученых (S. Toeplitz, A. Matchak, A. Petrowska) доказано, что ненаправленная анималотерапия способствует развитию у детей эмпатии, независимости и инициативности, терпения и самоконтроля, чувства собственной значимости и компетентности, а самое главное — развитию чувства доверия через облегчение безусловного принятия любви.

По данным исследований А.В. Никольской, Н.А. Ульяновой, ненаправленная анималотерапия (канистерапия) в различных возрастных группах оказывает терапевтический положительный эффект приблизительно в 60% случаев. Они описывают следующие факторы, от которых зависит положительный эффект при взаимодействии с животным: сложившихся отношений между членами семьи, психологического климата в семье, особенностей психики владельцев (их ценностно-мотивационных установок, ролевых ожиданий от животного, уровня агрессии, уровня эмоциональной лабильности, уровня тревожно-

сти, способности адекватно реагировать на нужды животного); от характерологических особенностей животного (мотивации в борьбе за статус, уровня агрессии, пассивно-оборонительного поведения, способности к усвоению принятых в семье норм, способности дифференцированно реагировать на эмоциональные состояния владельца, способности вырабатывать различные паттерны поведения по отношению к разным членам семьи, уровня доверия по отношению к владельцам).

Основателем направленной анималотерапии считается психиатр из США Борис Левинсон, который в 1962 г. целенаправленно использовал помощь животных (собак) при лечении психических расстройств.

Выделяют следующие функции анималотерапии:

1. Психофизиологическая функция. Взаимодействие с животными могут снимать стресс, нормализовать работу нервной системы, психики в целом.
2. Психотерапевтическая функция. Взаимодействие с животным может существенным образом способствовать гармонизации межличностных отношений человека и животного.
3. Реабилитационная функция. Контакты с животными являются дополнительным каналом взаимодействия личности с окружающим миром, способствующие как психической, так и социальной ее реабилитации.
4. Функция удовлетворения потребности в компетентности.
5. Функция самореализации. Эта функция удовлетворяется путем выработки умения быть значимым для других.
6. Функция общения. В. Агафоновичев в своей книге «Анималотерапия» важным аспектом терапии с помощью животных считает отсутствие у последних второй сигнальной системы. Общение с животным на языке эмоций исключает боязнь человека показаться смешным, неловким, что характерно для человеческого общения. Поэтому, по мнению автора, анималотерапия является эффективной при психосоматических расстройствах.

В зависимости от того, какой вид животного используется в анималотерапии, выделяют **дельфинотерапию, иппотерапию, канистерапию, фелинотерапию, апитерапию, гирудотерапию** и др. В России, в мурманском океанариуме разработан новый метод анималотерапии — **тюленотерапия**.

Все живые существа могут психологически благоприятно воздействовать на человека. Это связано с электромагнитным излучением, которое присуще любой живой материи. Группа ученых во главе с академиком Н.Д. Девятковым в начале семидесятых годов XX в. сделала открытие о том, что вся живая материя обменивается информацией в миллиметровом диапазоне электромагнитных волн. Мощность этого излучения ничтожна, однако она оказывает весьма существенное влияние на функционирование живых организмов. При этом главную роль играет не сила излучения, а содержащаяся в нем информация, то есть спектр его частот. Этот **частотный резонанс** может стимулировать жизнедеятельность организма в широком диапазоне. Резонанс — это явление совпадения ритмов по частоте, в буквальном переводе с латыни означает «отклик». Коммуникационный резонанс между человеком и животным способствует созданию лечебного эффекта.

Научные наблюдения показывают, что у животных есть мораль, проявляется альтруизм, находчивость, чувство юмора, привязанность и любовь. На этом основан еще один интересный лечебный эффект — многие дети из-за гиперопеки со стороны родителей уже с пеленок предрасположены к эгоизму, а общение с животным открывает для них позитивный мир бескорыстия и заботы. Животные способны к творчеству, которое проявляется в играх, а также в специфической деятельности никак не связанной с задачами жизнеобеспечения. У животных есть системы общения и передачи личного опыта, в том числе использующие вербальные символы и образы. К. Юнг обнаружил взаимосвязь между образами и психикой, считая, что творчество является одним из способов психологической интеграции, проявляя скрытые интеллектуальные и духовные возможности.

Среди других методов анималотерапии иппотерапия занимает особое место у детей с ДЦП. **Иппотерапия** — лечение посредством использования движений лошади при пассивном или активном содействии самого пациента. Основанием иппотерапии является наличие связующего звена (лошади) между человеком и миром, а также использовании биологической функции живого организма (функции движения). Иппотерапия представляет собой комплексный многофункциональный метод реабилитации. Выделяют несколько форм иппотерапии. В зависимости от использования или неиспользования средств управления лошадью, некоторые специалисты (Н.С. Роберт) выделяют активную и пассивную иппотерапию или «собственно иппотерапию».

До настоящего времени не принята единая классификация и терминология в иппотерапии, которая была бы одобрена и утверждена Междунуранодной Федерацией верховой езды для инвалидов («FRDI»). Термин иппотерапия является международным. Он обозначает использование общения с лошадью, верховой езды на лошади и в упряжках в качестве средства лечения, реабилитации, воспитания, адаптации и интеграции. Синонимом термина иппотерапия в разных странах служат названия «терапевтическая верховая езда», «адаптивная (реабилитационная) верховая езда», «экитерапия», «верховая езда для инвалидов», «райттерапия» и др. В настоящее время в 45 странах мира действуют центры лечения верховой ездой, а с 1974 г. проводятся международные иппотерапевтические Конгрессы. В Нидерландах, Швеции и Великобритании метод иппотерапии патронируют королевские семьи. Органическое сочетание приемов нейрокинезитерапии и лечебной верховой езды создает эффективную комбинацию высокого качественного уровня. Езда на лошади становится лечебным мероприятием в том случае, если она осуществляется по показаниям и под контролем соответствующего специалиста. Взаимодополняющее влияние иппотерапии и нейрокинезитерапии основано на принципах нейрофизиологии. Именно нейрокинезитерапия

по созданной нами программе «Рука – Мозг» создает необходимую базу для иппотерапии у детей и позволяет повысить работоспособность и выносливость мышц, ускорить кровоток и лимфоток, облегчить работу сердца, понизить рефлекторную возбудимость мышц с повышенным тонусом, стимулировать работу ослабленных и паретических мышц.

Первые научные исследования по иппотерапии были выполнены французским врачом Перроном в конце XIX столетия. Он опубликовал их в работе «Эмоции, вызываемые верховой ездой, гигиена этого занятия». В этой работе он доказывает, что благоприятное влияние верховой езды на организм заключается в активации двигательной, дыхательной систем, а также системы кровообращения. Одним из основоположников современной иппотерапии считается Ю. Лаллери, который в 1960-1970 гг. всесторонне изучал теоретические аспекты воздействия лошади на течение заболеваний у людей.

Показаниями для иппотерапии служат следующие нарушения опорно-двигательного аппарата: нарушения координации движений, судорожные сокращения и атрофии мышц, искривления позвоночника, дефекты осанки. Деформации развития двигательной и психической сфер требуют таких методов коррекции, которые оказывают интегративное влияние на эти сферы. Иппотерапия вполне отвечает данному условию. По данным европейской медицинской статистики иппотерапия — наиболее подходящий метод лечения у детей страдающих ДЦП. В контексте применения метода «Нейрокинезитерапия и верховая езда при ДЦП» определенные наборы упражнений призваны, с одной стороны, подготовить ребенка к верховой езде, а с другой — закрепить результаты, полученные в этом процессе. В свою очередь план иппотерапевтических занятий также должен быть скорректирован в соответствии с задачами этого этапа. Программу этих мероприятий составляют врач-реабилитолог или инструктор лечебной гимнастики вместе с инструктором верховой езды в зависимости от клинической картины и возможностей пациента. Существуют особенности проведения

занятий при различных формах этой патологии. При спастической гемиплегии необходимо больше уделить внимания предупреждению мышечных контрактур и костных деформаций. Относительная легкость этой формы дает возможность для занятий иппотерапией в самом широком диапазоне.

Для детей со спастической диплегией езда на лошади приобретает особую актуальность. При этой форме на первый план выходят такие нарушения, как приходяще-сгибательные контрактуры нижних конечностей. Именно эти вторичные изменения становятся главным препятствием для тренировки ходьбы, так как неадекватная нагрузка на суставы приносит большой вред, формируя грубые деформации. Позиция «верхом» в значительной степени способствует выравниванию тонуса мышц бедра и устранению контрактур. Сочетая верховую езду с тренировкой групп мышц разгибателей нижних конечностей, можно добиться высокой эффективности результатов в подготовке ребенка к ходьбе.

Двусторонняя гемиплегия характеризуется поражением верхних и нижних конечностей, при которой двигательный дефект рук выражен в большей степени. В случае двойной гемиплегии необходимо добиться контроля за движениями головы и устранить контрактуры верхних конечностей. Без этих мероприятий верховая езда представляется малоэффективной.

Гиперкинетическая форма ДЦП характеризуется большим количеством произвольных движений. Для этой формы наиболее актуальны упражнения, выполняемые в условиях замкнутой кинематической цепи, так как при этом гасятся гиперкинезы. В данном случае нужно отдавать предпочтение езде шагом с применением упражнения «коромысло».

Атонически-астатическая форма характеризуется низким тонусом мышц при сохранении действия тонических рефлексов, нарушением равновесия и координации движений. При этой форме верховая езда оказывает на организм ребенка исключительно благоприятное влияние. Для появления положительных результатов, как правило, требуется длительное время.

В этом случае акцент делается на упражнения, укрепляющие мышцы спины.

Занятия по иппотерапии проводятся инструктором, который следит за состоянием пациента, дает пациенту посильные задания, предлагает и помогает выполнять различные упражнения, руководит работой коновода и помощника. При этом пациент совсем не использует средства управления лошадью, но под руководством инструктора по максимуму пользуется набором психоэмоциональных и физических воздействий, которыми располагает лошадь. Этот метод обладает комплексным воздействием на организм и сочетает в себе воздействие двух лечебно-профилактических факторов: биомеханического и психогенного.

Для ребенка верховая езда — это целый комплекс психологических переживаний, которые составляют основу действия психогенного фактора. Однако, первый этап иппотерапии начинается не с верховой езды, а со знакомства лошади и пациента на расстоянии. Даже обычное наблюдение за движениями лошади несет в себе терапевтическую составляющую. На следующем этапе используют сближающие приемы, такие как «прикосновение» и кормление. Прикасаясь к лошади ребенок чувствует приятное тепло живого тела, пытается контролировать напряжение мышц руки. При этом ребенок учится мотивированному контролю над двигательным актом. Научившись подобным действиям, ребенок переносит это умение в социальную жизнь. Постепенно овладевая самыми простыми навыками общения с лошадью, ребенок начинает верить в свои способности и чувствовать свою индивидуальность. Активное участие в иппотерапевтической команде расширяет двигательное и эмоциональное пространство ребенка, становясь тем благоприятным фоном, который необходим для самоутверждения и способности к сотрудничеству.

Взаимоотношения человека и лошади выстраивались тысячелетиями и являются частью истории развития цивилизации. Лошадь является живым существом с уникальными физиче-

скими и психическими возможностями, общение с которой снижает чувство психологической усталости, вносит в сознание ощущение равновесия и умиротворенности. Для ребенка общение с лошадью это эмоциональный подъем и расширение кругозора, а на фоне дефицита общения это еще и приобретение большого сильного друга. В процессе иппотерапевтических занятий у большинства детей увеличивается желание общаться с окружающими и стремление к расширению сферы своих интересов. Находясь в обществе лошади, ребенок получает непередаваемые ощущения пребывания в «энергетическом» поле. У ребенка развивается особое кинестетическое чувство — эмоциональный порыв к движению, что создает высокую степень мотивации к занятиям. Занятия иппотерапией можно с большим успехом использовать как средство обучения функциональному языку. Таким образом, иппотерапия способствует формированию ребенка как личности. Эта цель может быть достигнута потому, что животное, не имеющее культурной настройки, принимает пациента таким, как он есть и позволяет установить внушающие уверенность отношения.

Биомеханический фактор способствует созданию у детей новых рефлексов, способствует развитию равновесия, совершенствует координацию движений. У детей с ДЦП иппотерапия компенсирует ограниченность двигательной активности и накапливающийся вследствие этого дефицит афферентной импульсации.

Биомеханическую основу иппотерапии исследовали В.Н. Коновальчук; Р.А. Пополитов; Е.В. Архангельская (2010). По данным этих авторов, биомеханический фактор способствует снижению спазма мышц, увеличению объема движений в суставах, увеличению силы мышц спины, живота и конечностей. С помощью иппотерапии достигается оптимальная согласованность всадника с движениями лошади, которая во многом идентична походке здорового человека. Идущая лошадь передает всаднику более ста колебательных импульсов за минуту. При иппотерапии создается возможность многократного по-

вторения движений, что создает условия для формирования и закрепления навыков. В ходе занятий у ребенка вырабатывается умение держаться в седле, что является интуитивным чувством резонансного ритма движения. Область таза всадника, воспринимая разнонаправленные колебательные движения лошади, перемещается в такт движениям животного. Правильное положение таза пациента способствует настраиванию на индивидуальную частоту живого существа, таким образом, лошадь становится естественным генератором двигательных резонансных импульсов. Эти компоненты тесно связаны с автоматическими двигательными реакциями тела человека в трех плоскостях: сагиттальной (статика – динамика), фронтальной (смещение центра тяжести), горизонтальной (ротация). У всадника это вызывает ответные мышечные вибрации, которые могут многократно усиливаться. Результатом такого «отклика» является глобальный поток афферентных импульсов, поступающих в мозг ребенка от его собственных мышц. В процессе иппотерапии наступает естественная нейромоторная интеграция образа тела, улучшается подвижность таза и плеч, происходит нормализация тонуса мышц спины и живота. Кинетика верховой езды такова, что позиция «всадник» в значительной мере способствует устранению контрактур приводящих мышц бедра, а также совершенствованию механизмов удержания позы. Усиливая двигательную активность в процессе реабилитации, мы также добиваемся согласованности действия дыхательных мышц.

Положительное действие иппотерапии усиливается еще тем, что нормальная температура тела лошади выше человеческой на 1,5-2 градуса. Движения мышц спины идущей лошади разогревают и массируют спастичные мышцы ног всадника, усилився кровоток в конечностях. Регулярные занятия способствуют адаптации организма к физическим нагрузкам. Помимо центральной нервной системы в процессе адаптации большое участие принимает симпато-адреналовая и гипоталамо-гипофизарная системы (гуморальная регуляция). При иппотерапии

увеличивается максимальная производительная сила мышц, даже бездействующих, то есть имеется эффект «переноса» тренировочных влияний.

Ипотерапия и речь. Практический опыт указывает на то, что ипотерапия оказывает заметное влияние на развитие речи. Некоторые типы движений лошади имеют эффект, с помощью которого перекидывается мостик от двигательных реакций к речи. Высокая степень мотивации занятий может послужить импульсом к тому, чтобы ребенок заговорил. Развитию речи также способствует сочетание ипотерапии и музыкотерапии. Езда под музыку может оказывать гармонизирующее влияние на различные нарушения двигательной и психической сфер. Через паузы в мелодии можно развить чувство начала и конца определенных частей занятий. Различные аллюры требуют и различного ритма мелодий. Например, четырехтактные мелодии подходят для езды шагом. Музыка способствует снижению мышечного тонуса и улучшению концентрации внимания. Комфортность занятий для ребенка можно повысить, если проводить их в сопровождении его любимых записей. Пробуждение музыкой высших чувств, гармонизация сознания повышают частоту акустического поля организма. Кроме того, нейроны «моторной коры» головного мозга связаны с дыхательными мышцами в речи и пении. Поэтому подключение музыкотерапии в занятия способно закрепить и усилить позитивный эффект лечения.

Дельфинотерапия — система физических и психических воздействий, направленных на лечение больного, с использованием общения с дельфинами. Дельфинотерапия (Dolphin Assisted Therapy) — один из самых перспективных и быстро развивающихся методов современной анималотерапии, который является полноправной частью системной лечебно-коррекционной работы. Основателем дельфинотерапии считается Дэвид Натансон, который первым в 1978 г. в океанариуме «Мир океана» во Флориде применил общение с дельфинами у детей с отклонениями в психическом развитии. В 1994 г. дельфиноте-

рапия была официально признана как метод нетрадиционной медицины. В 2005 г. создан Международный Институт Дельфинотерапии (International Institute Of The Dolphin Therapy), в котором разработана первая официальная программа дельфинотерапии. По масштабам применения дельфинотерапии в медицинской практике лидирует США, второе место занимает Мексика. Весомый вклад в развитие дельфинотерапии на Украине внесен доктором медицинских наук Л.Н. Лукиной, которая разработала методику оздоровительной релаксации и психологической реабилитации людей с помощью дельфинов, а также является автором более 50 научных работ.

Эффективность дельфинотерапии обусловлена уникальными особенностями этих животных:

1. Дельфины имеют удивительное физиологическое сходство с людьми: у них четырехкамерное сердце, очень близкий состав крови и температура тела, дыхание осуществляется с помощью легких. Размеры и организация мозга дельфинов вполне сопоставимы с мозгом человека. Мозг дельфина способен накопить объем данных и устойчивых причинных связей, сравнимых с объемом данных, который накапливает человек, или даже превосходящих его. По многим физиологическим параметрам дельфины превосходят людей. Например, слух у дельфинов в 400-1000 раз острее человеческого; в сетчатке глаза человека имеется одна область наилучшего видения (желтое пятно), а у дельфина две таких области в каждом глазу. Последние исследования ученых Пенсильванского университета установили, что «язык» дельфина совершеннее человеческого. Дельфины используют 60 базовых сигналов и 5 уровней их комбинирования. Это позволяет создать им «словарь» объемом 1012!

2. Дельфины обладают способностью к межвидовому общению и использованию невербальных средств общения. Исследователи описывают игры афалин с морскими котиками, пингвинами, черепаками (Tayler, Saaman, 1973). Причем, дельфины всегда первыми стремятся установить контакт со всеми этими

животными. Дельфины, содержащиеся в бассейнах, при любом удобном случае пытаются вовлечь в игру человека.

3. Игровое поведение. Чем выше организация центральной нервной системы животного, тем больший удельный вес в его поведении занимает игровая деятельность. У дельфинов длительность игр превосходит таковую у любых других млекопитающих. Это способствует высокому уровню эмоционального поведения. Для детей, имеющих проблемы с развитием моторных навыков и когнитивных процессов, игра с дельфином стимулирует развитие и овладение новых действий. Дельфин вовлекает ребенка в игровой процесс, привлекает внимание к себе и требует ответных реакций от партнера по игре.

4. Высокий интеллект. По шкале умственных способностей, разработанной профессором из зоологического института в Базеле А. Портманом, дельфин занимает второе место (195 баллов) после человека (214 баллов). Эта разница в баллах незначительна. Высокий интеллект способствует любознательности дельфинов и проявлению творчества. По данным Л.В. Крушинского при работе с высшими млекопитающими (в том числе с дельфинами), более целесообразно использование не пищевой, а игровой мотивации (1972). Дельфины успешно решают задачи на экстраполяцию, логические задачи, основанные на определении пространственно-геометрических признаков предметов.

5. Дельфины обладают высокой степенью социализации как внутри собственной стаи, так и с представителями других видов. Это проявляется в их общительности и дружелюбии. Общение дельфина и человека происходит за границей слов и общепринятых ритуалов. Оно архаично и естественно. Коммуникативная информация у дельфинов зашифрована в звуке. В процессе общения дельфин использует многочисленные звуки, которые напоминают трель, пощелкивание, треск, визг, хлопок, грохот и т.д. Дельфины умеют издавать звуки с необычайно широким спектром частотных характеристик: от нескольких герц до 300 килогерц. Этот звуковой диапазон искус-

ственно создать пока невозможно. Специалисты считают, что высокочастотные звуки (от 3000 до 8000 герц и выше) вызывают резонанс в головном мозге и воздействуют на мыслительные функции, такие как пространственное воображение и память. Звуки среднего частотного диапазона (от 750 до 3000 герц), стимулируют сердечную деятельность, дыхание и эмоциональный фон. Низкие звуки (от 125 до 750 герц) воздействуют на физическую сферу.

Звук в воде распространяется со скоростью 1500 м/с. По сравнению с наземными млекопитающими на базе эхолокации у дельфинов развит качественно новый анализатор — звуковидение. Если человек воспринимает до десяти звуков в секунду, то дельфин в тысячи раз больше. В основу физиологической составляющей дельфинотерапии положена способность дельфинов посылать направленный звук. Он способствует микровибрациям в тканях, вызывает явления кавитации и сонофореза. Кавитация — образование в биологических жидкостях микроскопических полостей, заполненных газами. Кавитация возникает при прохождении акустической волны большой интенсивности во время полупериода разряжения. При перемещении в область с более высоким давлением кавитационный пузырек захлопывается, генерируя ударную волну, которая способствует выделению из клеток биологически активных веществ. Сонофорез — увеличение потока ферментов, проникающих через мембраны клетки в результате кавитации под воздействием ультразвука, что обеспечивает микромассаж на клеточном уровне. Кавитационно-индуцированный сонофорез изменяет мембранный потенциал, влияя на приток натрия и кальция. Описанные механизмы вызывают обезболивающий эффект дельфинотерапии. К физиологическим механизмам относятся: ультразвуковое, виброакустическое, рефлексотерапевтическое, релаксационное воздействия, а также гидромассаж.

Гидромассаж кожи и внутренних органов осуществляется за счет областей турбулентности, которые создаются при движении дельфина. Области турбулентности представляют

собой разнонаправленные потоки воды модулируемые хвостовым плавником дельфина. Рефлексотерапевтическое действие дельфина осуществляется в результате прикосновений рострумом к биологически активным точкам тела ребенка, стимулируя рефлексогенные зоны нервной системы.

Наряду с физиологическими одним из мощнейших факторов дельфинотерапии является психологический. Главным компонентом дельфинотерапии является взаимодействие пациента с дельфином, который выполняет роль ко-терапевта. Каждый сеанс дельфинотерапии выстраивается индивидуально в зависимости от физических и психологических возможностей ребенка. Необходимым условием для проведения дельфинотерапии является наличие у детей минимальных навыков нахождения на воде. Дельфинотерапия подразделяется специалистами на два направления: свободное взаимодействие и организованное взаимодействие. При свободном взаимодействии пациент сам выстраивает свои взаимоотношения с дельфином при минимальном участии специалистов. При организованном взаимодействии игровой процесс дельфина и ребенка направляется специалистами на решение поставленных коррекционных задач. При этом характер дельфинотерапии подчиняется намеченной цели. На сеансах формируется коммуникативная система «человек – дельфин». Особое позитивное отношение человека к дельфину порождает положительную установку, которая вместе с реальным восприятием вызывает «эффект дельфина». После установления контакта между ребенком и дельфином возникает коммуникационный резонанс и наступает фаза совместного функционирования. Этот эффект выступает мощным лечебным фактором. Важным элементом этого общения является тактильный контакт ребенка и дельфина, который является первичной формой взаимодействия ребенка с окружающей действительностью, что обуславливает терапевтически ценный механизм этих эмоциональных взаимоотношений.

Исследованиями Л.Н. Лукиной, проведенными на базе Севастопольского военного океанариума, установлено, что применение дельфинотерапии у 1500 больных психоневрологического профиля показало высокую эффективность этого метода. У этой группы больных значительное улучшение наблюдается в 80% случаев. Было отмечено, что наиболее эффективные результаты от дельфинотерапии достигнуты в возрастной группе 5-6 лет.

Основными показаниями для проведения курса дельфинотерапии являются: детский церебральный паралич (ДЦП), ранний детский аутизм (РДА), синдром Дауна и другая генетическая патология, минимальная мозговая дисфункция, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, функциональные нарушения центральной нервной системы, задержка психического развития, расстройства речи и слуха, нейросенсорная тугоухость, неврозы, посттравматические стрессовые расстройства, расстройства памяти, нарушение обучаемости, депрессивные расстройства неэндогенного характера. Применяемый в нашей работе индивидуально групповой метод проведения занятий предполагает участие в сеансах дельфинотерапии группы детей одновременно. Профессор А. Ванчова считает, что участие в сеансах дельфинотерапии группы детей одновременно, а также их родителей, создает множество разных стимулов познавательного, коммуникативного, эмоционального и социального характера. Это влияет на результаты обучения, умственное развитие и социализацию ребенка. По наблюдениям биолога С. Гонтаря, дельфин работает тем лучше, чем больше детей находится в зоне его игры. Присутствие при этом их родителей и других членов семьи создает для ребенка своеобразную «зону безопасности» и психологический комфорт. Во время сеанса дельфинотерапии выполняются упражнения и приемы нейрокинезитерапии. У детей с ДЦП по нашим наблюдениям сеансы дельфинотерапии в сочетании с нейрокинезитерапией способствуют выравниванию мышечного тонуса (особенно при гиперкинетической форме). Это выражается в виде изменения

рисунка движений ребенка в сторону улучшения точности, а также расширения диапазона производимых действий. У большинства детей сеансы дельфинотерапии способствуют улучшению речи.

Современные европейские и мировые тенденции предполагают перенесение коррекционной работы в социальную среду или, по крайней мере, создание условий к ней приближенных. По мнению американских специалистов условия для коррекционных занятий должны быть максимально приближены к окружающей жизни (Р. Лукассон, С. Бортвик). Этим условиям наиболее всего соответствуют такие методы анималотерапии, как канистерапия и фелинотерапия.

Канистерапия (лечебная кинология) — социализация, реабилитация и адаптация людей с ограниченными возможностями при помощи собак. Большой вклад в научные основы кинологии внесли отечественные ученые: Л.В. Крушинский, Н.А. Ильин, Н.М. Вавилова, С.А. Кобытин, Ю.Н. Пильщиков, В.В. Языков, В.Г. Кассиль и др. Основные принципы анималотерапии сформированы на основе канистерапии. Данный метод находится на стыке различных наук: кинологии, медицины, психологии, педагогики, зоопсихологии. Системность и научность данного подхода заключается в том, что проведение занятий с детьми — это не просто общение с собакой. Занятия проводит кинолог при помощи специально обученной собаки. Это один из самых востребованных видов анималотерапии из-за своей доступности и социального поведения этих животных. С 1960-х годов этот метод получил широкое распространение на Западе. В задачи канистерапии входит комплексное воздействие на организм ребенка с опорой на его сохраненные функции, направленное на стимуляцию его умственного и физического развития, коррекцию уже имеющихся отклонений, а также психотерапевтическую работу с семьями, воспитывающими детей с особыми потребностями. Общение собаки и ребенка — это многогранный процесс, который выстраивается индивидуально в каждом конкретном случае.

Целью занятий для детей с ДЦП является повышение эмоциональной активности ребенка, формирование навыков моторной активности, которая позволяет более свободно перемещаться в пространстве, обеспечивает навыки самообслуживания в тех случаях, когда это возможно, развитие интеллектуальной сферы, повышение позитивного эмоционального фона, а также релаксирующие мероприятия.

Канистерапия — это целый комплекс из визуального контакта, прикосновений, движения рядом с животным (особенно при проблемах с опорно-двигательным аппаратом), наблюдение за цирковыми номерами и просто нахождение в одном помещении с собакой. В большинстве развитых стран, созданы институты, которые занимаются исследованием влияния собак на людей, существуют организации, которые занимаются оказанием помощи людям с психическими проблемами посредством канистерапии. В лечении очень важным является психоэмоциональный фактор. Пребывание ребенка в поле взаимодействия с животным уже само по себе является терапевтическим, но в данном случае эффект усиливается и становится прогнозируемым в связи с тем, что структура занятия разрабатывается опираясь на психологические особенности ребенка, собаки и организацию направленного и целостного взаимодействия. При лечении собака является активным участником взаимодействия, она тонко чувствует настроенность ребенка, угадывает его желания. Общение строится на эмоциональном порыве, способствующем развитию когнитивной и эмоциональной сферы.

Канистерапия эффективно сочетается с нейрокинезотерапевтической коррекцией, направленной на физическую реабилитацию. Особенно актуально это у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (ДЦП). Это специальные упражнения, направленные на погашение патологической активности рефлексов, выработку координированных движений, выравнивание мышечного тонуса и создание биомеханического фона, необходимого для правильной работы артикуляцион-

ных мышц, подготовку дыхательной системы для производства речевого дыхания. Такие задачи не могут быть решены только логопедическими методами коррекции. Канистерапия эффективна в работе с детьми различных возрастов, имеющих самые разнообразные особенности психического и физического развития. Общение с собакой под руководством инструктора способствует развитию моторики, сенсорики, эмоциональности, мотивации к творчеству. У этого метода практически нет нежелательных побочных эффектов, а единственным противопоказанием к канистерапии является аллергия на собачью шерсть. Наблюдения за детьми с ДЦП, у которых применялась канистерапия, показывают такие положительные результаты, как уменьшение спастичности, улучшение и возобновление координации движений, улучшение речевого развития, общительности, а также расширение круга интересов.

Фелинотерапия — активно развивающееся в последнее десятилетие направление анималотерапии, которое помогает существенно улучшить качество жизни пациентов. **В фелинотерапии кошка выступает в роли ко-терапевта.** Залогом успешного лечения является способность животного установить контакт с ребенком. Экспериментально подтверждено, что при поглаживании кошки нормализуется пульс и артериальное давление, организм приходит в состояние душевного комфорта (Фокс М., 2006). Но, главное, это можно сделать дома, в комфортной для ребенка обстановке. Эффективность фелинотерапии обусловлена уникальными особенностями этих животных. Целительное общение с кошками сравнимо с психотерапевтическими сеансами, помогает при одиночестве, депрессиях, стрессе, бессоннице. У детей с особыми потребностями страдает коммуникативная сфера. Это влечет за собой в последующем низкий уровень социально-адаптивных возможностей. В процессе фелинотерапии у большинства детей увеличивается желание общаться с окружающими, ребенок начинает чувствовать свою индивидуальность. Активное общение с помощью животного расширяет двигательное и эмоциональ-

ное пространство ребенка, становясь тем благоприятным фоном, который необходим для самоутверждения и способности к сотрудничеству.

В настоящее время Международной федерацией любителей кошек зарегистрировано 36 пород и более 500 млн. домашних кошек. Как и люди, кошки — личности и часто проявляют индивидуальные способности самовыражения. Ни одно домашнее животное не бывает таким выразительным в проявлении своих чувств и намерений, как кошка. Это вызывает эмоциональный отклик пациента. Кошка — социальное животное, использующее для общения широкий диапазон звуковых сигналов, а также феромоны и движения тела. Кошки способны придавать своему голосу около сотни различных интонаций (собаки, к примеру, только около десяти). Для общения кошки используют разнообразные звуковые сигналы: мяуканье, мурлыканье, шипение, завывание, свист, ворчание и др. Кошачье мурлыканье оказывает благотворное влияние на нервную систему и психическое состояние человека. Ученые установили, что кошачье мурлыканье появляется на частоте 22-44 кГц, а именно эта частота способствует восстановлению организма. Все кошки мурлыкают с одной частотой, составляющей 25 циклов в минуту, независимо от пола, возраста или породы. Мурлыканье аналогично ультразвуковой терапии, которая применяется в клиниках, но положительное воздействие его на человека гораздо сильнее. Кошка обладает уникальной биоэнергетической системой. Она способна тонко настраиваться на окружающие биополя и даже входить с ними в резонанс, осуществляя тем самым их коррекцию. Исследования ученых Берлинского института геронтологии показали, что владельцы кошек живут в среднем на 10,3 года дольше, чем остальные люди. Фелинотерапию также можно сочетать с нейрокинестерапией. От обычного общения с животным можно переходить к использованию упражнений с предметами (например, с мячом). При этом добавляется игровая мотивация, в результате фелинотерапия для ребенка становится творческим процессом.

2.4. Нейродинамическая стратегия моделирования речи при детском церебральном параличе

В этом параграфе монографии мы рассматриваем научные данные относительно коррекционных алгоритмов движения. Речь пойдет об участии крупных частей тела в контексте метода нейродинамической коррекции движений. Мы предположили в своих исследованиях, что это может являться базой, на которой происходит совершенствование речи человека, имеющего ДЦП. Описанием данного подхода мы демонстрируем общность природы нарушений речи, мелкой моторики рук и крупной моторики при ДЦП, которые наблюдаются в большинстве случаев. Это и позволило нам выдвинуть гипотезу о целесообразности применения единых принципов коррекционного воздействия. Такой подход составил основу для дальнейшего поиска и разработки нейродинамической стратегии моделирования речи при ДЦП с опорой на концепцию нейробиологической обратной связи. Это открывает широкие перспективы для усовершенствования специально-педагогических методов оказания помощи при органических поражениях головного мозга, реализации программ коррекции речи в инклюзии.

Опыт использования метода нейродинамической коррекции движений (НДКД), разработанный А. Смоляниновым, демонстрирует возможность создания таких условий, при которых становится возможным приведение в движение костно-мышечно-суставной системы. Это становится возможным благодаря обеспечению афферентного потока импульсов, одновременно поступающих от рабочих органов в головной мозг, что, в свою очередь, приводит к мобилизации резервных способностей мозговых структур в силу их пластичности и способности к компенсации.

Данный метод представляет собой поэтапную систему коррекционных мероприятий, направленных на преодоление индивидуальных патологических стереотипов, характерных состоянию организма при ДЦП, с целью предотвращения развития патологических синергий, мышечных контрактур и костных деформаций, а также создания благоприятной основы для формирования произвольных движений. Планирование и осуществление внешнего воздействия в соответствии с состоянием развития организма позволяет организовать весь «процесс обучения» по принципу «снизу – вверх», что способствует подготовке «почвы» для беспрепятственного прохождения нервного импульса от периферии к центру. При этом обеспечивается синхронная передача возбуждения к различным областям головного мозга, благодаря чему увеличивается вероятность вовлечения большего количества здоровых клеток в процесс компенсации. Одновременно, целенаправленное «обучение» оцениванию внешних сигналов и собственных ощущений позволяет «представить знания в явной форме самому себе», то есть осознать их, а значит дать более основательно закрепиться в памяти.

Возможность создания последнего условия является особенно важной для развития такой функции как речь, которая относится к условным рефлексам, приобретаемым при жизни человека и представляющим собой вид деятельности со сложной психологической структурой. В то же время необходимо помнить о том, что онтогенетическая последовательность становления детского организма предполагает первоочередное развитие крупной моторики, а затем — мелкой. Таким образом, обеспечение развития алгоритмов движения, предусматривающих участие крупных частей тела в контексте метода НДКД, является базой, на которой может происходить коррекция речи и мелкой моторики рук. Поскольку природа нарушений речи, мелкой моторики рук и крупной моторики при ДЦП в большинстве случаев одинакова, то несложно предположить, что и принципы коррекционного воздействия могут быть теми же.

Данная гипотеза послужила основой для исследовательского поиска и разработки методики, направленной на развитие речи и мелкой моторики рук детей с ДЦП.

Комплекс подготовительных упражнений, подобранный в контексте метода НДКД позволяет создать необходимую психофизиологическую основу для развития более тонких дифференцированных движений, относящихся к мелкой моторике. Следующая задача состоит в том, чтобы постепенно превратить физиологическое непроизвольное дыхание в речевое произвольное, отрегулировать голосоподачу и темпо-ритмическое оформление, запустить процесс звукопроизводства, а также скоординировать функционирование этих компонентов речевого аппарата, придерживаясь принципа «снизу-вверх» и учитывая общее состояние психики. Для успешного решения данной задачи остаются актуальными специфические условия, позволяющие добиться позитивных нейродинамических изменений. Однако «невывразительность» мелких движений, требующая повышенной концентрации внимания, приводит к необходимости еще более тщательного поиска и отбора средств коррекционного воздействия. Осознание подлежащих усвоению моторных схем тонких движений в условиях ДЦП является важнейшей составляющей, в основе которой, как и в основе крупных движений, лежит целенаправленное формирование интенсивной синхронной разрядки нейронов, создающее поле высокой активности коры головного мозга и носящее название нейронного «динамического ядра» (в терминологии Дж.М. Эдельмена, Дж. Тононни). Образование такой структуры для сознательного совершения движений мелкого масштаба в условиях органического поражения мозговых структур представляет собой задачу повышенной трудности: с одной стороны, необходимо максимально использовать компенсаторные возможности нервной системы детского организма (вовлечь здоровые клетки в процесс формирования навыка), с другой — добиться достаточно интенсивного для совершения заданных движений взаимодействия нейронов.

В данном контексте важно вспомнить о том, что в качестве гаранта успешного выполнения осознанных движений при благополучном развитии организма выступают «автономные обратные связи». Принцип их действия заключается в передаче «узора» возбуждения с «выходных» из определенной области коры нейронов на «входные» той же области (В. Сергин). Благодаря этому происходит не просто последовательная передача нервного импульса, но и совпадение компонентов возбуждения, вызывающее разрядку все большего числа нейронов и взрывообразное увеличение интенсивности. Осуществление обратной связи означает отождествление «узора» возбуждения нейронных структур с самим собой или автоотождествление, которое и признано современной наукой универсальным аппаратом осознания как внешних, так и внутренних (порождаемых самим мозгом) сигналов. Важным является и тот факт, что функционирование механизма автоотождествления приводит к динамическому торможению окружающих нейронных структур, а это, в свою очередь, способствует выделению специфического «узора» из общего фона, то есть создает условия для сосредоточения произвольного внимания. Между тем, следует констатировать, что специфика нарушений при ДЦП не позволяет рассчитывать на достаточный уровень функционирования автономных обратных связей.

В целом, изучение способности мозга к осуществлению обратных связей уходит корнями в учение И. Павлова об условных рефлексах и регулирующей роли коры. Далее оно получило развитие в контексте исследований П. Анохина, который пришел к выводу, что принципу обратной связи принадлежит решающая роль, как в регулировании высших приспособительных реакций организма, так и его внутренней среды. К настоящему времени осуществлено значительное количество исследований учеными разных стран, результатом которых явилось создание концепции Нейробиологической Обратной Связи (НБОС), имеющей английский эквивалент — Neurofeedback. Суть данной концепции состоит в возможности целенаправленного форми-

рования дополнительной петли обратной связи между телом и мозгом в случае недостаточного уровня развития основной -природной. Базис технологий НБОС заключается в создании специальных условий, позволяющих предоставить человеку информацию о его физиологических процессах и сформировать навыки саморегуляции. Опыт использования технологий НБОС в психолого-педагогических целях свидетельствует о высокой вероятности возникновения центрального и автономного пробуждения активности в сетях, ответственных за операции внимания, памяти, ряд познавательных процессов и эмоционально-волевою сферу. Современное понимание НБОС заключается в апеллировании к механизмам, при помощи которых мозг поддерживает свою собственную синхронизацию и взаимосвязь отделов в соответствии с законом регулирующейся системы, что гарантирует полную управляемость через саморегулирующиеся средства. Суть состоит в создании таких условий, при которых мозг получил бы возможность произвольно перемещаться из одного состояния в другое, активизируя собственные ресурсы управления процессом авторегулирования. Это рождает потребность в специальных педагогических стратегиях, учитывающих нейродинамическую структуру мозговой организации, и открывает возможности для восполнения дефицита автономных обратных связей, чрезвычайно необходимых для формирования моторных схем тонких дифференцированных движений в условиях ДЦП.

В свете вышеизложенного коррекционная работа по развитию речевых навыков может строиться с учетом структуры «петли обратной связи», которая складывается из четырех обязательных компонентов, причем необходимость каждого подтверждена многолетней практикой. Так, приступая к работе над развитием произвольного речевого дыхания, в первую очередь, необходимо пройти стадию №1, которая носит название доказательной и заключается в том, чтобы измерить (насколько это возможно) особенности или результат выполнения заданных действий, зафиксировать его и предоставить ребенку

в наглядной форме, чтобы он имел представление об отправной точке. Естественно, обязательным условием является учет общего психического состояния ребенка и его возрастная категория при выборе формы предоставления информации. Один из вариантов прохождения данной стадии может состоять в том, чтобы предоставить ребенку возможность совершить произвольный энергичный выдох (сильно подуть) на легкий предмет (подвешенный на нитке) во время выполнения, например упражнения «Корзиночка» в контексте вышеназванного подготовительного комплекса. Однако при этом необходимо сосредоточить его внимание на трудности совершения данного действия в таком положении (можно предложить оценить степень отклонения предмета от строго вертикального положения на фотографии, сделанной во время выполнения задания).



Едва заметное отклонение предмета от исходного положения (либо отсутствие каких-либо его колебаний) служит доказательством слабости воздушной струи, а значит сложности выполнения произвольного целенаправленного выдоха в указанной позиции (у детей, имеющих выраженные нарушения иннервации мышц дыхательного отдела). Обсуждение данной ситуации с ребенком позволяет прийти к выводу о высокой степени трудности совмещения движений, направленных на развитие крупной моторики и мелкой («выраженных движений» и «еле заметных»). Это знаменует переход на стадию №2 петли обратной связи, которая носит название оценки значимости. Важным условием ее успешного прохождения является наличие эмоциональной окраски (выразительные подбадрива-

ющие интонации специалиста или родителей), выбор правильного стимула (наглядный пример более и менее удачного выполнения данного упражнения или картинка с изображением достижений профессиональных спортсменов), позволяющего обострить восприятие, сосредоточить внимание, что сделает информацию значимой и легко запоминаемой.

В зависимости от возраста ребенка и учета его индивидуальных особенностей уместным может быть использование различных игровых, игровых с элементами соревнования или чисто соревновательных ситуаций (партнерами или соперниками могут выступать как другие дети, так и специалист либо родитель, занимающийся с ребенком). Суть состоит в том, чтобы ребенок правильно оценивал результат собственных действий, сравнивая его, например, с результатами, достигнутыми кем-то другим и одновременно понимая значимость энергичного выдоха для более качественного выполнения физической нагрузки и овладения речевыми навыками. Для того чтобы полученная ребенком информация была полезной, он должен узнать о тех шагах, которые ему предстоит предпринять в свете новых данных. В этот момент наступает очередь стадии №3, которая носит название последствий. Специалист или родители объясняют ребенку, что он сможет научиться совершать более энергичный выдох в положении сидя на специальных занятиях, где будет овладевать навыками правильной речи. На занятиях, посвященных непосредственно развитию речи и мелкой моторики рук, позиция сидя является доминирующей (с применением НДКК). Специалист или родители помогают ребенку занять указанную позицию, а также воспроизвести ситуацию, в которой он ранее пробовал свои силы по тренировке энергичного выдоха и пришел к выводу о необходимости овладения данным навыком.

Далее следует стадия №4, которая носит название действия и заключается в «исправлении» ситуации: ребенок, выполняя все необходимые инструкции специалиста или родителей (постепенно наполняя легкие воздухом и совершая резкий энер-

гичный выдох в силу своих физиологических возможностей), старается достичь лучшего результата, чем в прошлый раз. Так замыкается петля обратной связи. Затем это действие вновь подвергается измерению (фиксируется степень отклонения легкого предмета от строго вертикального положения) и оцениванию. Если результат не является удовлетворительным (в условиях ДЦП возникает необходимость в многократном повторении упражнений), то петля отправляется на новый виток. Подобным образом может строиться работа по отработке каждого нового навыка. В случае достижения успешного результата по отработке речевого дыхания можно переходить к выполнению упражнений, направленных на развитие голосоподачи. Однако, учитывая наличие уже приобретенного опыта выполнения крупных движений в контексте вышеописанного подготовительного комплекса, целесообразнее в некоторых случаях сначала предложить ребенку потренировать дыхание в сочетании с уже знакомыми движениями, но исключительно в положении сидя. Так, специалист либо родители помогают ребенку принять необходимую позу (корзинка, полицейский, телефон, крокодил в контексте НДКД) и совершить энергичный выдох, используя все тот же легкий предмет.

Далее можно переходить к упражнениям, в которых объединяется речевой выдох с голосом. Наиболее подходящими являются гласные звуки ([a], [и], [e], [o], [y] и т.д.), поскольку струя воздуха беспрепятственно проходит свой путь, в то время как подключаются необходимые для произнесения того либо иного звука мышцы. Звучание звука должно происходить во время совершения выдоха и может быть связано с определенными предметами или явлениями, которым присущ подобный звук. При оценивании результата необходимо обращать внимание на длину выдоха, которую можно измерить различными способами: специалист или родители могут считать вслух во время выдоха, могут на листе бумаги визуализировать результат при помощи проведения маркером линии во время совершения выдоха и т.д. Отметим, что предварительно необходимо отдельно

от установки на речевое дыхание проверить и проанализировать, какие из указанных выше звуков могут составлять повышенную трудность и начать с наиболее легко воспроизводимых звуков (в целом, для данного этапа работы правильность произнесения гласных звуков не является важной). Если состояние ребенка не позволяет сразу приступить к отработке речевого дыхания в сочетании с гласными звуками речи, то можно использовать произвольные действия зевания, кашля, чихания, подлавливая подходящий момент, фиксируя на них внимание ребенка и постепенно переводя их в ранг осознанных и произвольно имитируемых.

Схема работы по выработке описанных навыков продолжает строиться с опорой на НБОС. Не следует забывать об интонации (в переводе с латыни *intonare* — громко произношу), которая представляет собой звуковую форму высказывания и организована при помощи темпа, ритма и пауз. Интонирование звука (слога, слова, высказывания) ограничено возможностями голоса говорящего и это особенно ярко проявляется в условиях нарушения речи при ДЦП (определенных формах дизартрии). Например, маловыразительная, монотонная интонация — свидетельство узкого высотного положения голоса. Дефицит гибкости голоса не позволяет речи быть достаточно динамичной, что отрицательно сказывается на коммуникации говорящего с собеседниками. Видимо, не зря в народе бытует высказывание «наши лучшие слова — интонации». Именно поэтому на определенном этапе коррекционной работы дыхательно-голосовые упражнения целесообразно совмещать с развитием темпо-ритмических структур. Однако сначала необходимо привить ребенку навыки распознавания определенного темпа и ритма изолированно от произвольного дыхания и голосоподачи. С этой целью можно предлагать восприятие на слух различного количества ударов (например, хлопков в ладоши или постукиваний при помощи различных предметов). Их визуализация может происходить при помощи выкладываемого специалистом либо родителями соответствующего количества предме-

тов на столе через определенные расстояния друг от друга (чем короче пауза между ударами, тем короче расстояние между предметами). Если развитие опорно-двигательной системы позволяет, то ребенку можно предлагать совершать серию хлопков или выкладывать определенное количество предметов на столе (постепенно на правильном расстоянии друг от друга), соответствующих количеству и ритму предварительно совершенных специалистом, либо родителями ударов (если ребенок владеет счетом, то можно предложить посчитать количество прозвучавших ударов или хлопков). Лишь затем следует переходить к включению темпо-ритмического компонента в дыхательно-голосовые упражнения. С этой целью описанные действия присоединяются к произносимым на выдохе гласным звукам: ребенок сначала воспринимает на слух в определенном темпе и ритме произносимые и сопровождаемые ударами либо хлопками гласные звуки (специалистом или родителями), затем самостоятельно старается выполнить данные упражнения параллельно со специалистом либо родителями, а далее – без их сопровождения. Когда принцип выполнения упражнений становится окончательно понятным ребенком, можно продолжить отработку лишь на уровне дыхания и голоса, сохраняя схему, которая предусматривает определенную частоту и темп произносимых гласных звуков и делая акцент (ударение) на одном из них (например, [a] — [a] - [A] — [a]). Темпо-ритмические схемы постепенно могут обогащаться разными гласными звуками ([a] — [y] - [A] — [a]), затем включать правильно произносимые согласные. От произнесения отдельных звуков можно постепенно переходить к произнесению слогов и слов. Отметим, что данный вид работы при ДЦП часто значительно растянут во времени, однако практика показывает, что опора на НБОС значительно облегчает его проведение.

Параллельно с проведением работы по формированию дыхания и голосоподачи можно предлагать ребенку упражнения по формированию звукопроизводства. При этом необходимо помнить об особенностях нарушения звукопроизношения при

ДЦП. Если они связаны с недостаточностью иннервации мышц (о чем говорилось в первой главе данной книги), ответственных за выполнение необходимых тонких дифференцированных движений, то легко предположить, что ребенок не обладает достаточной чувствительностью к прикосновениям (в том числе и собственным) на определенных участках речевого аппарата. Убедительным примером нарушения чувствительности может служить ее частичная либо полная потеря во время получения анестезии в процессе проведения стоматологических процедур. Таким образом, достаточно часто отсутствует опыт в обращении внимания на компоненты речевого аппарата, а тем более их движения. К сожалению, иногда достаточно поздно (например, уже в школьном возрасте) ребенок, все же попадая в условия, вынуждающие его сосредоточить внимание на компонентах речевого аппарата, впервые с удивлением обнаруживает, что у него есть язык во рту, и он способен совершать движения. В таких случаях трудность оказания помощи заключается еще и в том, что приходится преодолевать годами сложившиеся неправильные стереотипы, твердо закрепившиеся в виде привычки. Вот почему с целью избегания подобных ситуаций работа над постановкой звуков должна начинаться как можно раньше и в первую очередь предусматривать такие приемы, которые бы позволили привлечь произвольное внимание ребенка к речевому аппарату и пробудить интерес к совершению необходимых движений.

Исходя из вышеизложенного, задача специалиста (учителя-логопеда) состоит в том, чтобы правильно оценить ситуацию (провести диагностику): определить наиболее сохранные компоненты движений, проанализировать, в состав произношения каких звуков они входят. Далее, опираясь на общий психофизический уровень развития ребенка, необходимо построить индивидуальную программу работы с ним (создать основу для проведения коррекции звуков). Суть состоит в том, чтобы максимально опереться на умения, которые уже присутствуют у ребенка, учесть его интересы (лучше пойти за ними!)

и личностные качества, поскольку целенаправленное формирование движений в условиях выраженных нарушений требует мощных волевых усилий. Лишь затем можно постепенно включать в схему работы новые компоненты, обладающие наибольшим сходством с уже имеющимися компонентами необходимых двигательных траекторий (например, после обучения произношению звуков [д], [т] целесообразно переходить к формированию звуков, требующих подобного движения — подъема кончика языка, хотя и отличных по своему способу образования и т.д.). Обучение звукопроизношению — длительный и кропотливый процесс. Специалист по формированию речи (учитель-логопед) сначала обучает ребенка выполнению необходимых для производства определенного звука движений, затем, когда мышцы артикуляционного аппарата готовы, занимается непосредственно постановкой звука. После этого наступает пора для введения данного звука в контекст дыхательно-голосовых упражнений. Параллельно осуществляется его отработка в разнообразном звуковом окружении (в сочетании с разными звуками в слогах, словах, словосочетаниях, предложениях, высказываниях), а также развитие навыка дифференциации (например, умения отличить данный звук от схожего ему по одному из признаков: способу или месту образования, слуховым характеристикам), который необходим для преодоления «смешивания» звуков в речи. Естественно, работа по развитию речи не ограничивается только приобретением навыков звукопроизношения. Следующий этап заключается в развитии словаря, отработке грамматических конструкций, связного высказывания и формированию навыков письменной речи (чтения и письма) с учетом возможностей организма ребенка с ДЦП. Неотъемлемым компонентом осуществления деятельности по формированию речи является не просто приобретение родителями необходимых навыков, позволяющих в домашних условиях выполнять различные упражнения, а и создание условий для постоянного сотрудничества специалиста и родителей. Это дает возможность своевременно проанализировать успе-

хи ребенка и возникающие трудности (в том числе и при выполнении «домашнего задания»), что делает методику работы гибкой, позволяя вовремя вносить необходимые коррективы. Важным условием остается опора на НБОС, что обеспечивается организацией нейродинамической коррекции в соответствии с представленной выше структурой.

2.5. Практическая реализация программы « Рука-мозг »

Программа «Рука-Мозг» уже более 10 лет используется в практике инклюзии нескольких европейских регионов. **Актуальность создания и реализации программы** определена статистикой проблем, связанных с ДЦП. Заболевания нервной системы занимают одно из ведущих мест в структуре перинатальной и натальной патологии у детей и подростков. Среди них детский церебральный паралич (ДЦП) имеет лидирующее положение (до 70 %). Количество рождающихся с таким диагнозом колеблется от двух до шести детей на тысячу в разных странах и не имеет тенденции к снижению. Основные клинические особенности этой группы детей описаны в работах таких признанных специалистов как К. Семенова; K. Bobbat, B. Bobbat; N. Paneth, B. Stall; M. Feldkamp, N. Mattihass; A. Ретте; V. Vojta; В. Шаргородский, А. Смолянинов и др.

При внимательном анализе данной ситуации выявляется несколько взаимосвязанных между собой факторов, однако основной причиной, все-таки, является отсутствие технологий отвечающих (в достаточной мере) клиническим особенностям данной патологии развития ребенка. В результате принципы лечения и коррекции не меняются десятилетиями. Нужно также отметить, что отсутствие эффективных методов и крайняя степень коммерциализации создали ситуацию, когда собствен-

ная статистика результатов лечения, заявляемая в некоторых реабилитационных центрах, часто имеет некорректный характер. В ответ на сложившуюся ситуацию в 80-х годах прошлого века в медицинской среде возникло движение инициированное учеными канадского Университета МакМастера (Онтарио) и определяемое сегодня как доказательная медицина. Определяется доказательная медицина как: добросовестное, точное и осмысленное применение лучших современных технологий в лечении конкретных пациентов, основанных на оценке независимых специалистов. Многие из наиболее популярных ныне методик более или менее убедительно обоснованы теоретически, а также имеют огромный практический материал. Однако каждая из этих методик является способом, который, по мнению профессора В. Шаргородского «...решает довольно ограниченные вопросы, не затрагивая глобальные проблемы клиники ДЦП». Эти методики сыграли свою весьма важную роль в истории эволюции лечебно-коррекционных методов. Однако при всем уважении к истории мы вынуждены смириться с тем, что с помощью таких методов не представляется возможным кардинально решить основные задачи, выдвигаемые специфическими требованиями клиники данного заболевания. В связи с тем, что при ДЦП работа с ребенком продолжается многие годы, методики ограниченного характера воздействия не могут играть решающей роли, здесь необходим программный подход. «Программа» в отличие от «методики» характеризуется долгосрочным планированием лечебно-коррекционного процесса. Сегодня это весьма актуально, так как низкая эффективность работы с патологией, подобной ДЦП в большой степени объясняется явным дефицитом стратегически выстроенных программ.

Программный подход в лечебно-коррекционной работе.

Клиника ДЦП требует комплексного подхода, однако, собранные в одном месте различные специалисты и даже самый богатый подбор приспособлений и аппаратов еще не означает, что это – Программа. При отсутствии в лечебно-коррекционном

комплексе технологий, влияющих на основные причины клиники, процедуры неизбежно превращаются в набор второстепенных мероприятий, которые лишь временно отвлекают от решения глобальных вопросов. Представим себе работу группы высококвалифицированных автомехаников над современным автомобилем без нужных инструментов. Между тем, использование многочисленных процедур и дорогостоящей аппаратуры, не оказывающих непосредственного влияния на клинику, создает иллюзию интенсивного лечения. Практическое отсутствие стандартов в лечебно-коррекционном обеспечении этого заболевания порождает характерность такой иллюзорности и для самих специалистов. В современной практике комплексность должна рассматриваться, прежде всего, как приоритетное применение специфических, имеющих непосредственное влияние на основные патологические механизмы, способов. Программа же характеризуется строго этапным подходом. Качественным освоением первого этапа создается опора для дальнейших планируемых и последовательных действий в работе. В результате всем известное изречение «шаг за шагом» обретает абсолютно реальный смысл. На таком фоне применение методик, аппаратуры и приспособлений вспомогательного характера становится гораздо целесообразней. Таким образом, каждому методу отводится свое время, место и роль в общей долгосрочной программе. В свете комплексного подхода нужно также вспомнить древние представления о том, что человек состоит из трех «взаимностей»: тела, разума и души (в современной науке: психомоторная, когнитивная и психо-эмоциональная сферы развития) и что его невозможно механически разделить на эти части. При ДЦП, как нельзя более демонстративно то, что искривление развития в одной сфере влекут за собой нарушения в другой и комплексный подход необходимо понимать как взаимосвязанное коррекционное вмешательство на всех трех уровнях, во всех сферах развития. В таком контексте успешное развитие программы в областях логопедии, педагогики и психологии основано на создании биомеханических

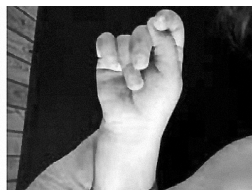
условий для движений мелкой моторики. Обратимся также к философскому аспекту проблемы и вспомним И. Канта. Его «теория отчуждения», как нельзя лучше объясняет глубинную суть характера взаимоотношения таких детей с внешним миром на все трех уровнях. Весьма к месту также достаточно убедительная в нашем случае теория «о чистом сознании»: «...человек, который подрыл фундамент своего дома, а priori мог знать, что дом обвалится, иными словами ему незачем было дожидаться опыта, когда дом действительно обвалится». В этом контексте, если мы видим, что метод не оказывает очевидного влияния на клинику, а priori нужно говорить о том, что его применение не даст необходимых результатов. Напротив, найдя способ, достаточно эффективно воздействующий на основные причины развития клиники, можно быть а priori уверенным в успешном решении основных задач не ожидая результата месяцы или годы.

Одним из методов, отвечающим приоритетной задаче создания биомеханического фундамента для движений является метод нейродинамической коррекции движения (НДКД). Этот метод не подменяет другие, ему лишь отводится роль точного инструмента, с помощью которого создаются определенные алгоритмы движений, как необходимый для дальнейшей работы «коррекционный фон». Создание близких к норме алгоритмов движения приводит к мобилизации резервных способностей мозговых структур в силу их пластичности и способности к компенсации. Это направление находится в русле новых открытий в науке о возможностях головного мозга и отражено во многих современных работах: Brodal; Grawe; Doidge; Martin, Grimwood, Morris; S. Knafo, J. A. Esteban; J. D. Gray, T. A. Milner, B. S. McEwen; J. Kealy, S. Commins; S. K. Sharma; R. Yirmiya, I. Goshen; K. A. Maguschak, K. J. Ressler и др.). Современное развитие науки в этом направлении внушает надежду на успешное преодоление наиболее актуальных вопросов развития клиники при органических поражениях головного мозга у детей.

Принципиальная новизна программы. Природа психофизических нарушений при ДЦП достаточно хорошо изучена и ее объяснения лежат в области нарушения эволюционно закрепленных закономерностей развития и биомеханических условий работы мышц. Отсутствие биомеханической и нейродинамической составляющей представляется достаточно типичным для многих методов. Такая ситуация вполне объяснима тем, что эти знания выходят за границы компетенции большинства специалистов, работающих в данной области. Между тем, успех в работе с клиникой ДЦП требует стратегически тесного взаимодействия медиков, педагогов, нейрофизиологов и специалистов по биомеханике. То есть и педагог, и невролог должен понимать значение этих научных знаний для успешности своей работы. Только создание близких к норме нейродинамических условий и биомеханического фундамента для движений позволит обрести комплексной работе нужное качество. Таким образом, многие популярные методы можно отнести уже к истории развития методов борьбы с ДЦП (а некоторые даже и к предистории). Известное изречение «Мы видим дальше, потому что стоим на плечах гигантов» — весьма актуально в нашем случае. Разработки метода НДКД были начаты под руководством профессора В. Шаргородского, известного хирурга-ортопеда и в то же время ученого-биомеханика в лаборатории биомеханики института ортопедии и травматологии (А. Смолянинов, В. Шаргородский «Кинезитерапия при ДЦП», 1996). То есть изначально проблемы ДЦП были рассмотрены с точки зрения биомеханики и нейродинамики. Весьма точно с этой точки зрения объясняет природу нарушений развития при ДЦП теория выдающегося нейрофизиолога Н. Бернштейна «Об уровнях построения движения» (1947). В этой связи необходимо также указать на метод К. Семеновой «Динамической проприоцептивной коррекции» (1999). В этих работах обосновывается роль проприоцептивной импульсации, как основного фактора в организации развития головного мозга. Именно теоретические работы этих ученых оказали влияние на прин-

ципы, легшие в основу создания метода НДКД. Можно уверенно сказать, что данный метод является следующим этапом в развитии направления, обозначенного К. Семеновой, как «динамическая проприоцептивная коррекция». В методе НДКД практически-прикладное следование законам биомеханики и нейродинамики углубилось и приобрело более обоснованный характер. Это позволило значительно усилить эффективность применения приемов проприоцептивной коррекции. Одной из наиболее продуктивных новых идей явилось выполнение движений в условиях замкнутой кинематической цепи (ЗКЦ). Именно приемы ЗКЦ адекватно отвечают на специфические вызовы, определяемые основными причинами развития клиники ДЦП.

Нейродинамическая коррекция движений и развитие верхних конечностей. В процессе коррекционной работы методом НДКД обнаружилось, что первоочередная задача очевидна и заключается в необходимости максимально возможно улучшить состояние функций верхних конечностей. Всем известно широкое представительство первого пальца в структурах головного мозга. Если ребенок не может противопоставить первый палец остальным, дальнейшее развитие его интеллекта находится под большим вопросом. Давно наблюдается то, что тяжесть паталогических установок кисти при ДЦП почти абсолютно коррелируется с тяжестью интеллектуального дефекта.



Опять же, совершенно очевидно, что без достаточно развитых рук обучение (т.е. работа педагога) не может быть эффективным. Именно клиника ДЦП убедительно демонстративна в тесной зависимости развития психических процессов ребенка и качества движений рук.



Специалисты знают, что развитие клинических нарушений во многом зависит от состояния мышц пояса верхних конечностей. Именно на этом уровне присутствуют пусковые механизмы образования патологических синергий движения, образование контрактур и деформаций.



Все это в конечном итоге приводит к невозможности успешной вертикализации как важнейшего психофизического акта в развитии ребенка.

В процессе практической работы подтвердилось, что успешная работа над коррекцией функций рук у ребенка с диагнозом ДЦП эффективно предупреждает развитие основных клинических проявлений ДЦП. Это, в свою очередь, обеспечивает максимальную возможность приблизить ребенка к линии нормального развития. Весьма иллюстративным примером нейродинамики, касающейся непосредственно мелкой моторики является фрагмент из книги болгарских ученых И. Матеева, и С. Банкова «Реабилитация руки, 1980»: «...напряжение сухожилия локтевого разгибателя запястья вызвано его рефлекторным сокращением, так как играет роль стабилизатора запястья для напряжения длинной мышцы отводящей первый палец (*m. abductor pollicis longus*). Таким образом, действие последней мышцы концентрируется только на первой пястной кости и тем самым осуществляется эффективное отведение этой кости, —



в следующую очередь, ...сгибание пальцев сопровождается стабилизацией запястья, причем сила сокращения разгибателей запястья (играющих роль стабилизаторов) пропорциональна силе сокращения сгибателей пальцев. Такая синкинезия глубоко зафиксирована в центральной нервной системе и характеризуется большой прочностью...».



Таким образом, успешность дальнейшей работы над мелкой моторикой зависит от качества выполнения первоочередной задачи — создания нейродинамических условий для движений первого пальца. Именно это является основной целью применения приемов метода НДКД на первом этапе.

Пути развития Программы «Рука – Мозг». В настоящее время Программа «Рука – Мозг» успешно внедряется в реабилитационных центрах, центрах восстановительной медицины, санаториях. При этом словацкие разработчики программы обучают специалистов на курсах повышения квалификации и налаживают с прошедшими обучение долгосрочное творческое сотрудничество, позволяющее непрерывно совершенствовать технологии Программы. Используемые в Программе научные теории, а также практический материал, накопленный в

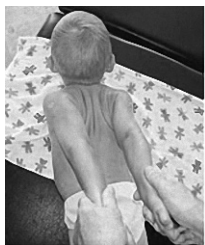
процессе ее внедрения на местах, служит базой для написания научных публикаций и организации научных дискуссий. В процессе внедрения Программы все заинтересованные специалисты становятся ее полноценными участниками. Таким образом, Программа «Рука – Мозг» не является раз и навсегда законченной, но имеет (уже сложившуюся) тенденцию к непрерывному творческому развитию и включению в Программу наиболее прогрессивных методов коррекции развития ребенка.

Социальная целесообразность внедрения Программы «Рука – Мозг». Лечение ребенка с ДЦП длится годами и в нем должны принимать участие специалисты различных направлений (медицины, педагогики, психологии, нейрофизиологии, биомеханики). Причем эти специалисты должны быть хорошо подготовленными к работе со спецификой данной патологии. Все это требует значительных материальных затрат. Отсутствие помощи в месте проживания заставляет родителей пускаться в длинные путешествия на поиск таких специалистов. Расходы на дорогу, когда деньги используются не на оплату лечения, а уходят в кассу авиакомпаниям и гостиницам часто превышают сами по себе расходы на лечение. Таким образом, происходит распыление значительных средств, вместо их концентрации. По этим причинам, очевидно, что для эффективного лечебно-коррекционного процесса, необходимо пойти путем широкого внедрения прогрессивных технологий на местах через обучение соответствующих специалистов и таким образом свести к минимуму дорожные расходы родителей и пациентов. Для реальной помощи детям гораздо эффективней использовать материальные средства для обучения специалистов, нежели для оплаты единичных случаев лечения. Появление множества якобы «новых» приспособлений и методик выглядит настоящим «наводнением» в пространстве интернета. Однако при более глубоком рассмотрении наступает разочарование. Как правило, такие методы являются продуктом современных технологий рекламы, а не адекватными средствами помощи детям. Особенно трудно приходится родителям этих

детей. Они «захлебываются» в потоке информации, постепенно теряя надежду выделить из нее рациональные способы лечения и коррекции для своего ребенка. Поэтому одной из важнейших составляющих Программы является Школа для родителей, то есть обучение родителей пониманию ключевых вопросов клиники заболевания его ребенка, владению приемам и разработке домашней программы занятий. Через обучение родителей достигается концентрация их усилий на эффективных методах коррекции, а также обеспечивается непрерывность лечебно-коррекционной работы. Весьма важно так же то, что технологии должны иметь свойства быть адаптированными для разных условий (больницы, санатория, амбулаторно, домашних). Без учета этих требований, даже самые прогрессивные методики будут не жизненными. Предлагаемая Программа создавалась с учетом этих требований, имея перед собой вполне определенную цель — вывести лечебно-коррекционную работу на качественно новый, соответствующий принципам доказательной медицины и современной педагогической науки уровень.

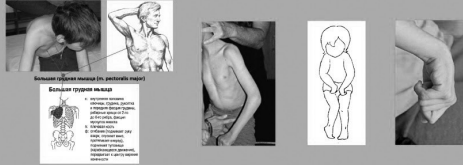
Программа нейропсихопедагогической коррекции развития детей с органическими поражениями головного мозга «Рука – Мозг» создана в нейропсихопедагогической лаборатории EPSYNEL Университета Коменского в Братиславе. Руководитель – декан Педагогического факультета профессор, д.пед.н. А. Ванчова. Семинар по Программе «Рука – Мозг» включает в себя лекционный курс и практические занятия с детьми разных возрастов и разных форм ДЦП (25-30 детей). Далее, для специалистов, прошедших обучение, обеспечивается сопровождение внедрения технологий в течение трех лет. Также приветствуется взаимное сотрудничество: дальнейшее посещение обучающих семинаров в Словакии официальные приглашения специалистов на конференции и семинары, проводимые в Европе, написание и публикация совместных научных работ в европейских научных изданиях и т. д.

Теоретические обоснования и технологии применения приемов Программы «Рука – Мозг» изложены в книгах: «Кинезитерапия при ДЦП», 1996, А. Смолянинов, В. Шаргородский; «Нейрокинезитерапия», А. Смолянинов, 2012; «Рука – Мозг» А. Смолянинов, А. Ванчова, 2012; «Коррекция развития рук при ДЦП», коллектив авторов под ред. А. Ванчовой; «Нейродинамическая коррекция речи и мелкой моторики» Э. Даниловичюте, Л. Бартенева, 2013; «Вертикализация при ДЦП» коллектив авторов под ред. А. Смолянинова, 2013. «Иппотерапия» А. Смолянинов, 2010. «Дельфинотерапия» А. Смолянинов, 2010; «Остеопатия при ДЦП» М. Аграновский, 2013; «Музыкотерапия при ДЦП» М. Освальдова; «Арттерапия при ДЦП» Т. Панибудьласка, Н. Герасименко.

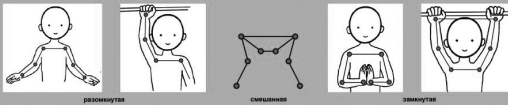




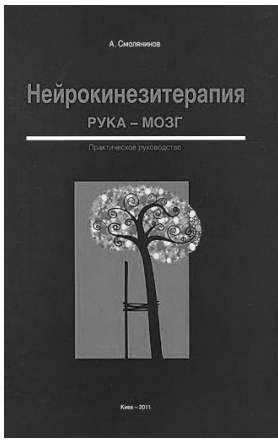
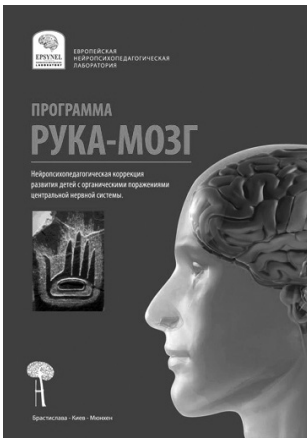
ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ВКЛЮЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ РУК ПРИ ДЦП



КИНЕМАТИЧЕСКАЯ ЦЕПЬ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ



УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ РАЗВИТИЯ РУК ПРИ ДЦП



Литература по главе 2

1. Агафонычев В. Анималотерапия. Усы, лапы, хвост — наше лекарство. М., 2006.
2. Ажица Я. Медико-биологические аспекты применения метода электронного парамагнитного резонанса [Текст] / Я. Ажица; отв. ред. А.Э. Калмансон, АН СССР, Отд-ние физиологии. М., 1983.
3. Бернштейн Н.А. Биомеханика и физиология движений. Избранные психологические труды. М., 1997.
4. Василевский Н. Дифференциальная адаптивность мозга // Физиология человека, 1975, т.1, №2. С. 469-481.
5. Григорьев А. И., Григорьян Н. А. Научная школа академика Леона Абгаровича Орбели. М., 2007.
6. Денисенков А., Роберт Н., Шпицберг И. Иппотерапия: возможности и перспективы реабилитации при детском церебральном параличе: Методическое пособие. Науч. ред. Г. Орлова. М., 2002.
7. Коновальчук В.Н., Пополитов Р.А., Архангельская Е.В. Биомеханические основы иппотерапии. Ученые записки Таврического национального университета им. В. И. Вернадского. Том 23 (62). № 2.. Симферополь, 2010.
8. Кряжева Н. Л. Кот и пес спешат на помощь. Анималотерапия для детей. Ярославль, 2000.
9. Леонтьев А.Н. Очерк развития психики. М., 1947.
10. Лукина Л.Н. Общение с дельфинами как метод реабилитации: успехи, гипотезы, проблемы // Вопросы курортологии физиотерапии и лечебной физической культуры. 2001. №2. С.41-47.
12. Максимова М. , Денисенков А. , Роберт Н.С. Иппотерапия: эффективный метод реабилитации лиц с умственной отсталостью. М., 2005.
13. Никольская А., Ульянова Н. Ненаправленная анималотерапия. Позитивные и негативные аспекты взаимодействия с собакой у детей и взрослых. М., 2009.

14. Орлова Г.Г., Роберт Н.С., Денисенков А.И. Организационные аспекты комплексной реабилитации детей-инвалидов на основе лечебной верховой езды и инвалидного конного спорта. М., 2004.
15. Осипов Г., Шалфеев В. Динамика цепочки взаимосвязанных систем фазовой синхронизации // Радиотехника. 1989, №8. С. 21-23.
16. Пелед А., Гева А. Мозговая организация и психическая динамика // Журнал практической психологии и психоанализа, 2001, №4. С. 24-39.
17. Перхурова И.С., Лузинович В.М., Сологубов Е.Г. Регуляция позы и ходьбы при ДЦП и некоторые способы коррекции. М., 1996.
18. Семенова К. Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и с детским церебральным параличом. М., 2007.
19. Сергин В. Мозг как вычислительная система // Информатика и образование, 1987, №6. С. 53-58.
20. Смирнова И. Логопедическая диагностика, коррекция и профилактика нарушений речи у дошкольников с ДЦП. Алалия, дизартрия, ОНР: Учебно-методическое пособие для логопедов и дефектологов. СПб., 2007.
21. Смолянинов А. Иппотерапия для детей. М., 2010.
22. Смолянинов А. Нейрокинеститерапия. М., 2012.
23. Смолянинов А., Шаргородский В. Кинеститерапия при ДЦП. М., 1996.
24. Угрюмов М. Механизмы нейроэндокринной регуляции. М., 1999.
25. Фирсов Л. А. , Чиженов А. М. Эволюция интеллекта». СПб, 2003.
26. Ходос Х. Нервные болезни. М., 1974.
27. Шахнарович А. К проблеме языковой способности (механизма) // Человеческий фактор в языке: язык и порождение речи. М., 1991. С. 185-220.
28. Cardwell V. Cerebral Palsy. Advances in understanding and care. New York, 1956.

29. Hebb D. The Organization of Behavior. John Wiley & Sons, New York, 1949
30. John E. A brain is born: exploring the birth and development of the central nervous system. North Atlantic Books, 2010. 375 p.
31. Lander M. Psychophysiology of mental illness. L., 1975, 211 p.
32. Smolianinow, A.; Shargorodskij, V. Die Kinesiotherapie bei infantile Cerebralparese. Havel Spree Verlag, Munchen 2000.
33. Vančová, A., Smolianinow, A. Ręka - Mózg : Metodologija i Program - kompleksowy program rozwoju i wsparcia dla dzieci i młodzieży z głęboką niepełnosprawnością. In: Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis: Studia Paedagogica 2. Kraków : Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, 2012. S. 353-363.

ГЛАВА 3

РАЗНООБРАЗИЕ И БЕНЧМАРКИНГ ПРАКТИК ИНКЛЮЗИИ И ИНТЕГРАЦИИ

3.1. Специальное образование и архитектурная среда

Рассмотрим сложности организации специальных пространств для жизни людей, имеющих недостатки в физическом и/или психическом развитии, значительные отклонения от нормального развития, вызванные серьезными врожденными или приобретенными дефектами (далее ОВЗ) и, именно, в силу этого, нуждающиеся в специальных пространствах и доступной среде. Эти «новые» архитектурные среды и «новые» общественные пространства призваны помогать людям с особенностями здоровья не только развиваться и приобретать новые жизненные знания и умения, а также формировать навыки милосердного социального поведения среди населения. Не сомневаемся, что применение технологий работы с детьми с ОВЗ в образовательных организациях разных регионов мира способно воздействовать на развитие социального поведения и детей с ОВЗ, и на милосердное поведение населения, учитывая общие показатели качества жизни и единство мультикультурного общества.

Заметим, что важнейшей проблемой для реализации эффективных технологий работы с детьми с ОВЗ, по-прежнему, является умеренность, уместность и своевременность обращения к тем или иным технологическим методам в соответствии с генетическими и/или биологическими дефектами развития и механизмами их компенсации и преодоления. Однако не так часто среди членов междисциплинарных команд реабилитационных и терапевтических программ оказываются архитекторы и дизайнеры, способные проектировать среды, специальные для коррекционных воздействий.

Мы много размышляли и искали специалистов в области «коррекционных микрзон», урбанистической коррекции, архитекторов «зеленой педагогики», психологов, осуществляю-

щих совместно с архитекторами в рекреационных парковых пространствах коррекционный ритрит, и тех чиновников, кто задумывается о том, что общая атмосфера устойчивости инновационных форм экономики региона и общие показатели бренда территории региона также оказывают воздействие на эффективность инклюзивных стратегий. И наоборот. Вернее сказать, это взаимосвязанный процесс. На этот фактор необходимо обращать внимание непременно, потому что сущность качества жизни и развития норма-типичного и норма-нетипичного, относительно здоровья, человека, проживающего в регионе, определяет сущность развития региона в частных аспектах. Повторимся, что это взаимосвязанный процесс и, главное, практически применимый. Наши поиски были тщетны. Где бы мы ни были, где бы ни искали такую команду и, главное, результат ее работы, мы находили лишь либо отдельных людей, кому это понятно, но которые не имеют возможности реализовывать проекты, либо тех, кто занимается реализацией, но весьма неграмотно.

Инклюзивная среда в образовательном пространстве городов. Как мы уже отмечали выше, под инклюзивным образованием нами рассматривается обучение как лечебно-педагогическая система. Эта система соединяет общее и специальное образование (оставляя право использовать «свои» технологии) с целью создания (в любой территории и в любом регионе мира) условий для преодоления у детей социальных последствий генетических, биологических дефектов и, как следствие, социальных навыков.

Под образовательными пространствами нами подразумеваются пространства, предназначенные для развития интеллектуальных, социально-нравственных и поведенческих навыков разных групп детского и взрослого населения. По сути, речь идет об особенной, для инклюзии и интеграции, миссии территории региона — стать для его жителей территорией, обучающей человека в различных контекстах общего и социального знания о возможностях и ограничениях здоровья. Если упро-

стить порядок терминологии и понятий, то можно сказать, что каждому человеку «лучше» жить в таком регионе, где доступны не только медицинская помощь в лечении и преодолении болезней, связанных с дефектом (включая превентивный и реабилитационный аспекты), но и качественная культурно-образовательная среда, в том числе и инклюзивного типа, для реализации равных возможностей с теми, кто не имеет ограничений здоровья.

Чаще всего, обсуждая эффективность региональных инклюзивных стратегий, специалисты говорят о детском и взрослом населении «с» (!) ОВЗ. Мы же предлагаем среди прочих показателей качества жизни в регионе ввести показатель «качественной и количественной равновесности возможностей для тех, кто «с» и тех, кто «без». Проще говоря, мы имеем в виду коэффициент физической и эмоционально-интеллектуальной комфортности и удовлетворенности взаимодействия людей с ограничениями здоровья и людей без ограничений в абсолютно равных пропорциях. В качестве примера приведем Финляндию, Швецию, Германию, Израиль как территории, уже организованные по этому принципу. Подобная философия явилась элементом брендинга настолько, что и у простых жителей, и у специалистов (что говорится «у всех на устах»), сложилось обоснованное впечатление, что тем, кто «с», и, собственно, тем, кто «без», живется в этих устойчивых с точки зрения экономики и социальной политики регионах мира лучше, чем где-либо в другом месте.

Наш интерес к образовательной инклюзивной среде в городском пространстве соответствует современным направлениям регионального развития «образовательного общества» в целом. Для дискуссии мы предлагаем следующий тезис: в какой мере на сегодняшний день образование и его инклюзивные стратегии отделяются от понятия «формальных институтов» и переходят из них в воспитывающую социокультурную интегральную среду?

В качестве локальности диады «образовательное пространство – бренд территории» рассмотрим город как емкую форму территориальной организации жизнедеятельности.

Обучающие регионы, обучающие города рождают «обучающееся сообщество». Понятие «обучающийся город» все чаще составляет ядро растущего числа региональных стратегий развития образования и его инклюзивных составляющих. Примером тому могут служить города Японии (Какелава), Англии (Уоррингтон), Австрии (Вена), Германии (Мюнхен, Берлин), Ирландии (Лимерик), России (Москва, Иркутск, Казань), Финляндии (Хельсинки), Франции (Тулуза) и т.д. Система подобных диад может иметь цикличность и законченность, если следовать стратегии, что город способен обучать и формировать собственное образовательное пространство как элемент своего бренда. Мы уверены, что инклюзивные стратегии в этом случае играют значительную роль.

Бренд территории — это идея, объединяющая его жителей, и детей, и взрослых, и служащая основой для общения города с внешним миром. Составляющими бренда являются такие сферы, как спорт, экология, качество городского управления, проектная культура, образование, архитектура, мифология (история территории), мероприятия, т.е. символы, наука, ландшафт, комфортность среды. Образовательные пространства территорий сами по себе, конечно, могут быть автономны по содержанию и формам. Но если они территориально обустроены в виде эстетических комплексных образовательных объектов, визуальных форм архитектуры и особого дизайна, форм и способов привлечения населения к образовательным инклюзивным программам и специальным мероприятиям, то становятся полноценными элементами регионального бренда. С этой точки зрения эффективным методом инклюзивных стратегий развития детей с ОВЗ являются стратегии использования таких эстетических архитектурных объектов, куда конкретно ежедневно приходят дети с ОВЗ для участия в коррекционных программах. Дизайн таких объектов и их эстетическая среда долж-

ны соответствовать идее методов коррекции и инклюзивного обучения.

Так же как и обучающие пространства, бренд оказывает определенное воздействие на жителей «с» и «без». Мы выделяем четыре вида восприятия бренда по показателям инклюзивных стратегий образовательного пространства:

- Функциональное восприятие. Это неповторимые характеристики территории, а также восприятие полезности образовательных инклюзивных объектов и их ассоциация с брендом;
- Ментальное восприятие. Это самовосприятие и самоидентичность жителей, а также готовность к преобразованиям и участию в образовательных инклюзивных проектах региональных территорий;
- Духовное восприятие. Имеет отношение к общей системе, частью которой является ценность человека, не зависимо от «с» или «без» и смыслов его индивидуальной жизни;
- Социальное восприятие. Это способность человека отождествлять себя с конкретной общественной группой региона. Оно отражает отношения между участниками образовательных мероприятий и той общественной группой, принадлежать к которой они мотивированы, потому что им в этой группе комфортно.

Наш управленческий опыт показывает, что общими характеристиками проектов, продвигающих бренд территорий через формирование системного, цикличного и законченного образовательного инклюзивного пространства, может являться горизонтальная сетевая структура взаимодействия и социальное партнерство между всеми участниками образовательной инклюзивной интеграции. Общим становится поэлементный «узловой» подход к организации интеграционной образовательной инклюзивной сети.

3.2.

Равновесие контактных и дистантных элементов инклюзивной среды

Отмечая роль экстероцептивных технологий в организации общественных инклюзивных пространств, обратим внимание, что психологическая сущность ощущений детьми с ОВЗ визуальных элементов школьной среды состоит в отражении отдельных свойств ее предметов в системе общей картины ограничения возможностей их здоровья. Исключением является группа детей с нормальным типом развития, но имеющими ограничения здоровья по зрению. Не имея «опоры» на такие раздражители как свет, то есть, не имея опоры на раздражители для органов зрения, дети с подобным фактором проявления собственных ограничений, требовательны к «иному» контакту со школьными объектами. В этом случае дети прибегают к системе взаимодействия собственных ощущений. В действие приходят так называемые контактные, а не дистантные (в обоих случаях — экстероцептивные по Ч. Шеррингтону) ощущения, на которые, к сожалению, так мало ориентированы элементы школьной среды, в которой организуется инклюзивный подход. Однако, именно, экстероцептивные ощущения способны «донести» до ребенка с ОВЗ информацию из внешнего мира и являются основной группой ощущений, связывающих такого ученика со школьной средой.

Заметим, что занимаясь планировкой и реализацией объектов «доступной среды» редкий архитектор, дизайнер, строитель, к сожалению, имеет представления о классификации основных видов ощущений у людей с выраженными дефектами зрения, например, или движения, или равновесия. Однако заметим, что доступная среда, в том числе и школьная, создается не только для решения локальных задач, но и для стабилизации всех видов развития. Процесс ощущения тесно связан с процессом восприятия, как целостного отражения предме-

тов, ситуаций, явлений, возникающих при непосредственном воздействии физических раздражителей на рецепторные поверхности органов чувств. Говоря о восприятии школьниками с ОВЗ школьной среды, следует обратить внимание на такие его элементы, как восприятие пространства, чувство эстетики, наблюдательность, рефлекторная основа познания того, что в тот или иной момент способно воздействовать.

В классификации восприятия, по основной модальности, следует выделить зрительное восприятие, одним из проявлений которого является эстетическое восприятие. Также, и по форме существования, эстетическое восприятие является проявлением восприятия пространства как эстетической категории. Однако исследований, подтверждающих конкретную корреляционную активность взаимосвязей показателей школьной среды в процессе ее эстетического восприятия учащимися с ОВЗ весьма недостаточно.

Особенным дефицитом является применение резонансного подхода к вышеописанной задаче исследования и построение алгоритма, подбор диагностических методик экспериментального обоснования наличия конкретных резонаторов взаимовлияния показателей эстетического восприятия школьной среды. Техническое и инженерно-психологическое описание характеристик школьных объектов, составляющих пару резонаторов, является весьма сложным и требует экспериментального интегрального исследования подобного подхода в педагогической психологии, лечебной педагогике и эргономике. Однако можно сказать, с определенной долей достоверности, что основу для поиска таких пар резонаторов могут составлять волновые модуляции «материальной» и психологической «подсистем объектов», модуляции граничного режима в оптических резонаторах, амплитуда отклика резонаторов, особенности форм отклика, когерентное накопление резонаторов, прогнозируемая чувствительность резонаторов, функции симметрии резонаторов, коэффициент отражения резонаторов и симметричные деформации и т.д.

В процессе исследования эстетического восприятия школьной среды учащимися с ОВЗ приобретают значение сравнительные формы идентификации по возрасту, жизненному опыту, заболеванию, доминирующим формам социализации, сформированному уровню образованности. Критериальную основу в свойствах эстетического восприятия среды группой детей из числа лиц, имеющих ОВЗ, гипотетически могут составлять предметность, целостность, структурность, константность, осмысленность, апперцепция, активность. Знания, интересы, привычные установки, эмоциональное отношение к тому, что конкретно из объектов школьного пространства воздействуют на учащихся с ОВЗ, влияют и на процесс его эстетического восприятия относительно реального (конкретно доступного) объекта: главного входа в школу, класса, рекреации, помещения школьного музея, медицинского кабинета, столовой, школьной библиотеки, актового зала и т.д. Индивидуальные различия в эстетическом восприятии велики, но, тем не менее, можно выделить определенные типы этих различий, характерные не для одного, а для целой группы детей, имеющих один совпадающий фактор ОВЗ. К их числу, в первую очередь, следует отнести различия между целостным и детализирующим, или синтетическим и аналитическим восприятием. Большое значение среди индивидуальных различий восприятия играют различия в наблюдательности, различия по степени преднамеренности, активная форма чувственного познания, общая активность и творчество учащихся с ОВЗ.

Отметим, что исследования, которые бы интегрировали вопросы архитектуры, психологии и специального образования, найти крайне трудно, практически невозможно. Сама область подобных научных интересов остается за рамками дифференциации обозначенных научных направлений. Однако, сама жизнь и внимание к общим и социальным проблемам развития, и совершенствования учащихся с ОВЗ диктует ученым свои требования и вектор интегральных экспериментов. Интеллектуальные интеграции наук в аспекте инклюзивного об-

разования могут составить перспективное будущее в поиске новых форм «доступной» среды лечебной педагогики. Только в этом случае можно будет быть уверенными в доступности (!) не всегда еще «доступной среды».

3.3.

Соучаствующее управление инклюзивным обучением и превентивными программами диссинхронии развития. Эффективный координатор – эффективный результат

В реализации программы «Образование для всех: инклюзия и интеграция» психологическое и лечебно-педагогическое сопровождение организуется и индивидуально, и фронтально, и в аспекте превентивных модулей. Алгоритм индивидуального сопровождения детей с ОВЗ во многих мировых системах включает следующие этапы:

- осуществление «входной» первичной диагностики;
- организация психолого-медико-педагогического консилиума;
- составление индивидуального образовательного маршрута для ребенка;
- разработка адаптированной образовательной программы с превентивными или коррекционными модулями;
- реализация индивидуального образовательного маршрута и психологического сопровождения;
- проведение последующего цикла динамической диагностики;
- анализ и оценка результатов сопровождения;
- разработка стратегии и тактики дальнейшего обучения и сопровождения.

В условиях инклюзивной практики актуальным является использование возможности моделирования программ психологического лечебно-педагогического сопровождения как процесса определения проблемы ребенка с ОВЗ и поиска стабильно-эффективных путей решения в содружестве команды специалистов. Моделирование позволяет оперативно и гибко регулировать степень понимания, включенности и взаимодействия тех специалистов, в помощи которых нуждается ребенок и его семья. Как правило, на этапе становления инклюзивной практики в образовательной организации педагогам требуется профессиональная методическая поддержка — анализ и адаптация образовательных программ, создание дидактических материалов, разработка индивидуального образовательного плана и индивидуальной программы развития и их реализация, использование новых форм организации лечебно-психологических занятий, критериев оценки достижений учащихся, их мотивации и т.д. Один человек, даже самый лучший специалист в определенной области, на все эти запросы ответить не может, поэтому ключевой становится роль координатора как члена междисциплинарной команды специалистов, который осуществляет поиск «внутренних» и «внешних» ресурсов, необходимых для поддержки участников образовательного процесса в системе инклюзии. Не стоит забывать, что координатором, как правило, становится лечебный педагог, имеющий достаточный опыт профессиональной деятельности, высокий уровень развития профессиональных компетентностей и/или если координатор — молодой специалист, активно стремящийся (!) к дальнейшему профессиональному развитию в новых форматах взаимодействия с коллегами, в новых форматах своей возможности своей профессии.

Координатор играет ключевую роль в организации и администрировании профессиональной поддержки и мотивировании своих коллег, как в плане применения эффективных способов работы с детьми с особыми образовательными потребностями, так и в плане организационных задач. К последним следует отнести следующие:

- поиск необходимых ресурсов как «внутри» образовательной организации, так и «вне» ее;
- мониторинг, анализ и «пересмотр» конкретных шагов педагогического коллектива по социализации и «включению» «особых» детей в группу сверстников, в образовательный процесс, их успешной адаптации и развитию, а в конечном итоге — общей интеграции в социальные сферы детской жизни;
- организация взаимодействия с родителями, установление с ними дружественных и доверительных отношений сотрудничества и даже сотворчества, взаимной поддержки и разделения ответственности в процессе лечения, развития, обучения и воспитания, привлечение волонтеров, миссионеров и спонсоров.

Реализуя перечисленные виды деятельности, координатор осуществляет следующие конкретные шаги:

- изучает и анализирует законодательные акты и другие нормативные документы различных уровней управления, касающиеся инклюзивного образования в регионе, по мере необходимости предоставляет информацию о регламентирующих документах директору школы и другим членам администрации;
- собирает информацию о научных исследованиях и научно-методических разработках в области инклюзивного образования, по необходимости предоставляет информацию членам администрации и педагогического коллектива;
- анализирует информацию об имеющихся лучших практиках и опыте в области инклюзивного образования, как отечественного, так и зарубежного, по мере необходимости предоставляет информацию членам администрации и педагогического коллектива образовательной организации;
- принимает личное участие, организует мероприятия по формированию инклюзивной культуры: педагогические советы, лечебно-педагогические консилиумы, открытые встречи ученых и практиков, волонтеров и миссионеров,

- методические объединения, психологические тренинги командного взаимодействия и, или творческие мастерские и родительские объединения т.д.;
- осуществляет совместное планирование деятельности педагогического коллектива в направлении развития региональной инклюзии в самой образовательной организации;
 - анализирует рациональность использования рабочего времени сотрудников и имеющуюся материальную базу;
 - планирует и организует проведение мероприятий по повышению профессиональной квалификации: методические мастерские, педагогические и профессиональные студии и воркшопы;
 - осуществляет совместное планирование деятельности педагогического коллектива в направлении развития инклюзии вне образовательной организации;
 - совместно с другими членами администрации, привлеченными специалистами из научных организаций, ресурсных центров по развитию инклюзивного образования, методических центров и специальных лечебных и коррекционных организаций в регионе проводит мониторинг деятельности в области бенчмаркинга эффективной инклюзивной практики для последующей публикации на веб-сайте, доступном для родителей всех детей;
 - на основе анализа состояния дел совместно с другими представителями команды разрабатывает стратегию дальнейшего взаимодействия в каждом конкретном случае;
 - по запросу администрации или родителей приглашает специалистов из органов управления образованием, управлением здравоохранением, управлением социальной защиты и общественных организаций для решения актуальных проблем, касающихся психолого-педагогического сопровождения интегративного (инклюзивного) процесса;
 - помогает педагогам в описании опыта практической инновационной деятельности лучших практик инклюзивного образования, информирует и помогает участвовать в конкурсах профессионального мастерства различных уровней;

- по запросу родительских объединений и органов управления образования формирует статистические и качественные отчеты о ходе работы по социализации детей с ОВЗ в условиях образовательного процесса.

Координатор чаще всего берет на себя функции менеджера в инклюзивном образовании, выбирая наиболее эффективный путь установления взаимовыгодных отношений сотрудничества между всеми участниками образовательного процесса. Отсюда вытекает и стилевой вариант современного эффективного руководства — «соучаствующее» или партисипативное управление.

Соучаствующему руководству свойственны открытость в отношениях между руководителями организации и членами команды, вовлеченность команды специалистов и родителей в разработку и принятие организационных решений, делегирование руководителем ряда полномочий своим подчиненным; создание особых групповых структур, наделенных правом самостоятельного принятия решений; предоставление членам команды возможности автономно от других членов организации разрабатывать те или иные технологические приемы и методики. Особое внимание, конечно же, уделяется и работе с родителями, воспитывающими детей с ОВЗ.

Учредитель фонда «Окно в надежду» и автономной некоммерческой организации «Ассоциация содействия больным синдромом Ретта» Ольга Тимуца, мужественная и интеллектуальная мама, как-то сказала: «Диагноз не меняет ребенка, он меняет родителя». Многие родители детей с ОВЗ нуждаются в психотерапии, корректной педагогической терапии, педагогическом «уходе», воспитании самих себя, чтобы полноценно и достойно помогать своим детям в процессе выздоровления и социализации. Если в регионах появятся специальные педагогические программы для семей, воспитывающих детей с ОВЗ, то эти семьи поймут, что они не одиноки и есть немало профессиональных педагогов и специалистов другого профиля, способных протянуть им руку помощи. Ведь воспитание детей

с ОВЗ — это не только вопросы ключевых медико-психологических методик развития, особенностей получения социальной помощи, но и вопросы педагогики личности.

Не будем усложнять имеющийся в истории коррекционной педагогики опыт. Не нужно усложнять то, что достойно представлено временем в мировой педагогике. Это позиция тех, кто на базе своих школ в контексте создания инклюзивного педагогического пространства организовал родительские школы — родительские университеты, вовлек родителей в волонтерскую работу. В простых формах работы с родителями порой скрывается глубинное сопереживание и способность поддержать, психотерапия жизнью, сотворчество. Приведем несколько примеров форм педагогической работы с родителями детей с ОВЗ.

Родительское собрание в формате обсуждения актуального может проходить в форме «круглого стола», тематической дискуссии самих родителей с приглашением специалистов, в которых заинтересована семья, консультации со специалистами и др. На таких собраниях детально разъясняются права родителей и детей с ОВЗ, задекларированные международным, а также региональным законодательством. К сожалению, зачастую, родители не владеют информацией и необходимыми юридическими познаниями, которые могли бы помочь им в решении жизненных задач.

Специальный родительский лекторий, «университет педагогических знаний» способствуют усвоению и развитию психологической и педагогической культуры родителей, их компетентности в семейном воспитании, выработке единых подходов семьи и школы к формированию стратегий социализации детей с ОВЗ.

Также практически применимы тематические конференции по обмену опытом формирования здоровьесохраняющих условий и программ реабилитации (в том числе и педагогической). Встречи вопросов и ответов, брифинги проводятся с привлечением специалистов и родителей с достойным опытом и собственными технологиями и методами воспитания детей с

ОВЗ. Диспут, дискуссия — обмен мнениями по проблемам воспитания позволяет включить их в обсуждение важнейших проблем. Актуальны неформальные и информальные встречи родителей с администрацией школы, где в процессе совместного обсуждения возможно составление программ общих действий, перспективных планов совместной работы. Востребованы индивидуальные консультации родителей со школьным психологом и другими специалистами: по запросу, по необходимости или превентивно. Особую ценность представляют творческие мастерские и воркшопы, которые укрепляют практики сопро-вождения.

Далее мы приводим размышления от первого лица. Наша ко-лега и экспертный участник монографии доктор психологии, учитель начальных классов, учитель-логопед, учитель-дефекто-лог Абуталипова Эльза (Российская Федерация) имеет уникаль-ный опыт совмещения научной и практической деятельности в инклюзивных системах разных регионов РФ и делится своими мыслями относительно работы координатора.

«Впервые со «стихийной инклюзией» я столкнулась в 1987 году. В первый класс сельской школы пришли 18 детей, из них 7 имели ограниченные возможности здоровья. Это меня ошеломило, ведь к такому варианту детского класса преподаватели педагогического колледжа меня не готовили. Мне было 18 лет, советов никто мне не давал, скоординировать мою работу в аспекте инклюзии никто не брался. Первое, что я сделала — собрала родителей и побеседова-ла с ними. Была удивлена тому, что при встрече с родителями вы-яснилось, что проблем у детей не существовало. По крайней мере, так считали родители. Второе, на что я обратила внимание — это трудности в речи детей. Я тут же решила обратиться к логопедам. Я нашла их в ближайшем городе, после чего познакомилась со всеми тремя специалистами. Беседы с ними показали правильность моих тревог и моей учительской работы над речью детей. Третье — я вернулась к разговору с родителями и вновь обсудила с ними про-блемы детей, аргументированно сообщая каждому свой взгляд на «картину» развития их ребенка. Вместе нами было принято реше-ние обратиться к психиатру ближайшего города, посоветоваться

с ним относительно некоторых наблюдений, а впоследствии получить рекомендации временной психолого-педагогической комиссии по каждому из 7 детей.

Это был самый сложный год в моей педагогической практике за всю педагогическую и научную деятельность. Впоследствии я получила высшее профессиональное дефектологическое образование, изучила международный опыт инклюзии на стажировках, закончила обучение на программах повышения квалификации, стала координатором инклюзивного образования в регионе Республики Башкортостан Российской Федерации.

В 2021 году я вновь задумалась об учительской деятельности, стала одним из победителей федерального конкурса «Земский учитель», вернулась к детям, став учителем первого класса, учителем-дефектологом и учителем-логопедом в обычной общеобразовательной школе южного региона Российской Федерации. За рекомендациями ко мне стали обращаться педагоги, родители и даже сами дети. В сотворчестве с администрацией, специалистами помогающих профессий, родителями я стала одним из координаторов реализации инклюзивных и превентивных практик в муниципальной образовательной организации.

Задаю себе вопрос: «Может ли самый обыкновенный учитель начальных классов стать координатором инклюзивной работы?» и отвечаю: «Да, конечно. При наличии внутренней мотивации и четкого понимания специфики и алгоритма координационных действий». Давайте разбираться в деталях.

Прежде всего, отмечу необходимость условий для принятия решения быть координатором. Одним из таких условий является наличие внутренней и внешней мотивации учителя начальных классов к осуществлению координирующей функции в образовательной организации. Отмечу, что комплекс мотивов подталкивает педагога к самосовершенствованию и к принятию роли координатора. Положительная внутренняя мотивация является отправной точкой для внутреннего желания координации действий педагогического коллектива, родителей и общественности в решении проблем инклюзии для конкретного ребенка. В школе, в которой я занимаюсь в настоящее время координационной деятельностью, в качестве основной мы приняли классификацию, предложенную Захаровой Л.Н., которая определяет четыре группы мотивов: мате-

риальные стимулы, мотивы самоутверждения, профессиональные мотивы, внутренние мотивы самореализации. На мой взгляд, простое назначение педагога координатором инклюзивного образования без мотивации педагога по всем четырем параметрам мотивов труда бесполезна, так как эта работа будет считаться лишь дополнительным поручением. Скорее всего, координирование будет носить формальный характер. Внешняя стимуляция (премия, стимулирующие выплаты, одобрение со стороны родителей и успех) может только поддерживать желание педагога стать координатором. Разделяю мнение, что координатором в образовательной организации обычно выступает лечебный педагог или психолог, имеющий опыт работы с детьми с ОВЗ и необходимый уровень эмпатии. Спорно, что молодой педагог может стать координатором инклюзивной работы, хотя в моей личной траектории педагогического развития именно так и произошло. Поэтому я не исключаю данную мысль как неэффективную, но в то же время такому координатору при всей его кипучей «молодой» энергии, жажде помочь детям, умению молниеносно находить необходимые для ребенка «блокчейновые связи» необходима супервизия в очной или, возможно, в дистанционной форме. В этом случае супервизор, то есть специалист с опытом работы, надежной ответственностью, сможет регулировать, экспертизировать, помогать в поиске эффективных векторов координации, быть с молодым координатором в диалоге, вместе искать пути решений.

Огромный потенциал есть у учителей, в семье которых есть собственный ребенок с ОВЗ и они не скрывают проблемы своего ребенка. Такие родители имеют огромный опыт сопереживания ситуации развития ребенка с ОВЗ, к их мнению прислушиваются родители и администрация, они стремятся помочь и другим родителям, соединяя опыт родителя и учительский опыт. На мой взгляд, при получении дополнительного профессионального специального образования и необходимой для них супервизии, такие родители становятся идеальными координаторами. Мой практический опыт работы в качестве сетевого координатора работы в Республике Башкортостан и одного из авторов Концепции инклюзивного образования Республики Башкортостан подсказывает, что таким координатором может стать и учитель начальных классов. И это особенно важно, на мой взгляд, для сельских малокомплектных школ.

В любом из этих случаев координатор работает в составе междисциплинарной команды. Что важно еще? Изучение координатором международной, федеральной и региональной нормативно-правовой базы. Знание координатором нормативно-правовой базы – основа его деятельности. На мой взгляд, необходимо создать специализированный пакет всех документов, в том числе в цифровом формате, для открытого пользования субъектами конкретной образовательной организации. Это позволит в любое время обратиться к правовым первоисточникам и ответить на появляющиеся вопросы. Удобно, если перечень этих документов представлен на сайте организации и постоянно обновляется.

Второе – это специальная подготовка координатора в области инклюзивного образования и понимания особенностей обучающихся с ограниченными возможностями здоровья. В любой образовательной организации Российской Федерации координаторы объединяются в составе психолого-медико-педагогического консилиума и официально директором организации назначаются ответственными за ведение данной работы. Координаторы должны хорошо разбираться в специфике субъектов инклюзии и знать виды тяжелых и минимальных нарушений развития, уметь читать документацию узких специалистов по шифрам и специальной терминологии.

Напомню, что на сегодняшний день в мировой практике (с некоторыми различиями в разных регионах) принято выделять несколько категорий (типов) детей с нарушениями развития: дети с нарушениями слуха (неслышащие и слабослышащие); дети с нарушениями зрения (незрячие и слабовидящие); дети с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата; дети с тяжелыми нарушениями речи; дети с задержкой психического развития; умственно отсталые дети; дети с тяжелыми нарушениями эмоционально-волевой сферы; дети с нарушениями поведения; дети со сложными нарушениями развития, у которых сочетаются два или более первичных нарушения.

Группа детей с минимальными либо парциальными нарушениями полиморфна и может быть представлена следующими вариантами: дети с минимальными нарушениями слуха; дети с минимальными нарушениями зрения, в том числе с косоглазием и амблиопией; дети с нарушениями речи (дислалия, стертая форма

дизартрии, закрытая ринолалия, дисфония, заикание, полтерн, тахилалия, брадилалия, нарушения лексико-грамматического строя, нарушения фонематического восприятия); дети с легкой задержкой психического развития (конституциональной, соматогенной, психогенной); педагогически запущенные дети; дети – носители негативных психических состояний (утомляемость, психическая напряженность, тревожность, фрустрация, нарушения сна, аппетита) соматогенной или церебрально-органической природы без нарушений интеллектуального развития (часто болеющие, посттравматики, аллергики, с компенсированной и субкомпенсированной гидроцефалией, цереброэндокринными состояниями); дети с психопатоподобными формами поведения (по типу аффективной возбудимости, истероидности, психастении и др.); дети с нарушенными формами поведения органического генеза (гиперактивность, синдром дефицита внимания); дети с психогениями (неврозами); дети с начальным проявлением психических заболеваний (шизофрения, ранний детский аутизм, эпилепсия); дети с проявлениями двигательной патологии церебрально-органической природы; дети, имеющие асинхронию созревания отдельных структур головного мозга или нарушения их функционального или органического генеза (в том числе по типу минимальной мозговой дисфункции).

Координатору не сложно будет найти информацию о приведенных нарушениях. В каждой школе рекомендую иметь серию книг «Учителю о детях с ограниченными возможностями здоровья» (см. список литературы по главе 3). Почерпнуть информацию об особенностях развития детей с ОВЗ можно и в адаптированных программах, приведенных в реестре примерных основных общеобразовательных программ (<https://fgosreestr.ru/>)

Третье. Изучение документации класса, который ведет учитель-координатор и консультирование педагогов других начальных классов. Я бы рекомендовала знакомство с обучающимися своего первого класса необходимо начинать заочно. Все документы сдаются родителями при поступлении в школу и оформляются в личное дело. Узнать проблемы ребенка можно только из дополнительных материалов, представленных родителями добровольно. Чаще всего это может быть информация из медицинской карты (возможно ребенок посещал компенсирующую группу детского

сада). Редко, но бывает в личных делах и заключение психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК). Важно соблюдать конфиденциальность информации, не следует изучать конкретный документ. Достаточно со слов учителя знать вариант реализованной в детском саду адаптированной программы, показать специфику данной программы на сайте <https://fgosreestr.ru/>, поговорить с родителями, возможно, быть на связи с дошкольной организацией, из которой «выпустился» ребенок. В отдельных случаях, то же самое касается и взаимодействия координатора с детской поликлиникой, логопедом и педиатром.

Особым случаем я считаю обучение по индивидуальному учебному плану. В этом случае помощь координатора не оценима. Замечу, что часто администрация и конкретно учитель начальных классов испытывают трудности составления адаптированной программы. Самые большие трудности психологического плана – трудности принятия ребенка с ОВЗ и понимания, что его темпы обучения будут существенно отличаться от большинства учащихся.

Координация понадобится и на этапе перехода ребенка с начального на средний уровень образования. К этому моменту, учитель уже имеет на руках заключение ПМПК, релевантное оценке начального уровня образования, реализована адаптированная программа начального общего образования (например, в Российской Федерации 28 вариантов таких программ) и требуется направление ребенка повторно в ПМПК для получения нового заключения для продолжения образования по адаптированной программе среднего общего образования.

Четвертое. Организация интервью и бесед с родителями обучающихся и консультирование педагогов начальных классов. Стратегии беседы с родителями, у которых уже есть заключение ПМПК, общеизвестны. Родители с педагогом на одной волне и ждут от него помощи, волнуются и переживают. Учитель уже изучил примерную адаптированную программу, посоветовался с координатором и администрацией. Изучил необходимость создания специальных условий, прошел курсы повышения квалификации, адаптировался к присутствию тьютора в классе и т.д. Но есть «НО»... Не всегда заключение ПМПК отражает истинную картину состояния ребенка. В моем случае в 2020 году у одного первоклассника было заключение о наличии общего недоразвития речи, но в про-

цессе беседы с родителями складывалось впечатление о наличии у ребенка интеллектуального нарушения, что впоследствии подтвердилось. Учитель должен осознавать, что большинство детей с тяжелыми нарушениями развития, имевшие заключения ПМПК, определились с формой обучения, родители морально готовы к освоению адаптированной программы, понимают сложности, которые могут возникнуть, готовы к общению с узкими специалистами помогающих профессий. Но нужно также понимать то, что многие родители очень трудно принимают факты нездоровья ребенка и не всегда это адекватно осознают.

Стратегия беседы с родителями детей с ОВЗ, которые считают своих детей нормально развивающимися, – другая. Если даже учитель видит невооруженным глазом проблемы ребенка, не всегда нужно указывать на них тут же и напрямую. Например, усиленную саливацию или косоглазие у ребенка заметит любой педагог, но сказать и обсудить этот факт можно тогда, когда наладится эмоциональный контакт с родителями и их доверие к учителю. В этом случае большую роль сыграет возможность принятия учителем роли координатора. В первую очередь, учитель должен выяснить проблемы со слухом и зрением, направив ребенка к специалистам, потом объяснять родителям необходимость выбора правильного расположения парты ребенка в классе. В процессе моей первой беседы с родителями класса, который я учу сейчас, выяснилось, что в классе из 28 человек у 4 детей имелись данные проблемы. Следующее, что должно заинтересовать учителя – характер речи, моторики и поведения ребенка. К сожалению, следует быть готовым и к недостоверной информации со стороны родителей. Дальнейшее наблюдение учителя и специалистов за ребенком покажет истинную картину и к разговору с родителями учитель конечно еще вернется».

Превентивные программы диссинхронии развития в системе инклюзии. В работе соучаствующего координатора есть еще один аспект возможностей, связанный с реализацией превентивных, то есть профилактических программ диссинхронии психического развития. Речь уже не идет о той мере традиционного взгляда на инклюзию, которая стала привычной для многих специалистов, а именно, что инклюзия необходима

только для детей с ОВЗ. В стратегиях развития инклюзивных систем в регионах во многом играют роль и стратегии, предупреждающие возможное неблагоприятное воздействие со здоровьем в будущем. Наш опыт касается реализации информальных превентивных программ диссинхронии психического развития.

Современная европейская научная школа средовых влияний изучает факторы «приспособляемости» городских жителей к опасностям жизни, нарушающим ее качество и способные привести к потере здоровья. Основу этих исследований составляют понятия «городское жизненное пространство» и «место поведения». Данные научные понятия фиксируют пространственную локализацию человека в окружающей архитектурной среде города, в том числе — региональной местности проживания. Быть и жить внутри места — это значит принадлежать ему и идентифицироваться с ним. Данное положение не раз обсуждалось на международных форумах европейской организации IAPS «Человек и окружающая среда» в секции «Архитектура и психология» и рассматривалась как теоретическая основа европейской концепции «места» (2003, 2005, 2008, 2016, 2018, 2021). Если место является фундаментальным аспектом человеческого существования, если оно представляется источником опасностей и/или обеспечивает безопасность существования, то изучение средового влияния становится актуальным. Обратное: порядок или хаос, открытость или закрытость, «подвижность» или «неподвижность» феномена «отсутствия места», «отчуждения от места» и/или специфика его расположения, особенность архитектуры и дизайна места являются резонаторами конструктивных или деконструктивных форм развития человека, способными содействовать здоровью или разрушать его.

Авторы монографии изучают феномен диссинхронии развития человека, жителя мегаполиса, уже 20 лет. Основной контекст изучения — психологическая безопасность человека и общепсихологические аспекты его развития. Только в России и Франции диссинхрония исследуется исходя одновременно из двух различных подходов: психологии средовых влияний и

общепсихологического подхода. Существенной стороной научных интересов авторов монографии является оценка психического развития жителей мегаполисов с точки зрения наличия психологических преград, затрудняющих его проявления и приводящих к диссинхронии.

Феномен диссинхронии психического развития проявляется в рассогласованном состоянии систем взаимосвязанных психических явлений в определенный момент их развития, в несбалансированности когнитивного, эмоционального, соматического и других компонентов психического (Сибгатуллина И.Ф., 2002). Семантика понятия диссинхрония имеет греческие корни: *dis* — идею объединения в пространстве и времени, *chronos* — время, динамика. Понятие диссинхрония связано с идеей одновременности, своевременности движения, действия, поступки согласуются друг с другом, но «dis» означает, что это происходит с затруднениями, а порой и аномально.

Ядро концепции диссинхронии развития составляют три принципа. Первый принцип: принцип социальной обусловленности развития. Например, неприспособленность человека к окружающей его социально-культурной среде и месту проживания порождает различные препятствия на пути развития его психики. Второй принцип: принцип перспективы будущего. Возникшие преграды стимулируют включение процесса компенсации, они становятся «целевыми точками» психического развития и направляют его. И третий принцип — принцип компенсации. Наличие препятствия усиливает и заставляет совершенствоваться психические функции, что приводит к преодолению преград, а в результате к приспособленности человека к социо-культурной среде. Примером может послужить переезд человека в мегаполис и «новое» восприятие города изнутри. Вместе с тем существует реальная опасность, что компенсация может пойти по ложному, обходному пути, вызывая неполноценное развитие психики человека или вызвать рассогласованность, несбалансированность его основных компонентов. Понятно, что последний принцип не только внутренне связан

с двумя остальными, но и является в причинном ряду определяющим, а в обращенно-причинном — конечным. Именно эти принципы и являются основанием организации инклюзивной среды общественных пространств города.

Указывая на феномен диссинхронии жителей мегаполиса и выделяя задачу ее изучения в различных средах городского проживания (архитектурная среда, климатогеографическая среда, социо-культурная среда, образовательная среда и т.д.), авторы монографии находят, что решение этой задачи играет важную роль, как в разнообразии региональной инклюзии, так и в структуре целостной индивидуальности и личностного облика человека с самого раннего детства.

Однако, удивляет то, что, пожалуй, самыми «молчаливыми» в поиске интегрального инклюзивного подхода к решению данной задачи являются архитектурная и экономическая науки. Об этом можно судить уже по тому, что при подготовке архитекторов и дизайнеров архитектурной среды в университетах восточной Европы либо отсутствуют, либо минимизированы в часах учебные курсы, релевантные данной проблеме. А в экономических программах регионов практически отсутствуют реальные инклюзивные превентивные стратегии, направленные на сохранение здоровья в перспективе. Например, превенции травматизма, инсульта, когнитивной и поведенческой диссинхронии.

На наш взгляд, это несправедливо по отношению к человеку, тем более к детям и подросткам. В то же самое время, одно без другого трудно представить. Поскольку именно человек является главным «субъектом потребления» и «субъектом восприятия» архитектурной среды и продуктов городского дизайна, превентивные программы направлено сочетают базовые компоненты экологической психологии и психологии безопасности развития.

Экологическим психологам и психологам безопасности своими действиями и публикациями приходится напоминать и региональным управленцам, и экономистам, и архитекторам

о явлении параметрического резонанса. Воздействие внешней силы среды вызывают резкое возрастание амплитуды «деконструктивизма» психологических функций развития человека, вызывающие диссинхронию. Именно так и объясняются явления городских диссинхронных симптомов в психическом развитии детского и взрослого населения: темповое необоснованное ускорение при частом «неуспевании» всего и вся, «вне-сезонная» депрессивность, стрессогенность, потеря «зеленого острова», латентные формы агрессивности, например поведение водителей за рулем, нарушение детско-взрослых отношений и т.д.

В нашей психологической и педагогической практике мы впервые применяли превентивные стратегии в программах работы с одаренными детьми. В наши дни исследователи в нескольких странах начали активно разрабатывать конкретные технологии для преодоления негативного опыта одарённых детей (Silverman & Kearney, 1989; Томлинсон, 1997). По мнению Назаровой (2001), интеграция является важнейшим средством воспитания городских детей в аспекте феномена диссинхронии. Именно интеграция выполняет специфическую функцию изменения технологии обучения. С целью выявления диссинхронии и решения эмоциональных проблем одарённых младших школьников, проживающих в городе, нами в 2020 проводился эксперимент в начальных классах общеобразовательных школ.

Была проведена диагностика и обследовано 248 респондентов. Выборку составили 60 учащихся 1-3 классов (контрольная и экспериментальная группы: 30 человек одарённых и 30 человек с высоким уровнем когнитивного развития). Явление эмоциональной диссинхронии мы обнаружили у большинства детей выборки. Негативные переживания в виде тревоги проявлялись у 98,2% респондентов, как в контрольной, так и в экспериментальной группе в период обучения и вне учебной деятельности.

Состояние общей тревожности составило 82% в контрольной группе и 80% в экспериментальной группе. Количество детских жалоб на постоянное внутреннее беспокойство составило 44% в контрольной группе и 49% в экспериментальной группе. Почти все опрашиваемые говорили о стремлении к уединению и спокойной обстановке в домашних условиях, подчеркивая, что хотели бы чтобы их родители были более спокойны, веселы, не кричали на домашних.

Наше исследование (Сибгатуллина-Денис И., Закирова Л., Комарова Л., 2020) выявило дефицит мероприятий в данном регионе на превентивные процессы негативных переживаний и психоэмоционального состояния у младших школьников с одаренностью в рамках диссинхронии. Были выделены дополнительные компоненты для оценки эмоционального состояния одаренных детей младшего школьного возраста: состояние эмоционального напряжения, страха, гнева, демонстративного поведения или отстраненности. Критерий Стьюдента использовался для оценки межгрупповых исследований (в начале и в конце исследования в контрольной и экспериментальной группах), а непараметрический критерий Фридмана использовался для оценки нейропсихологического статуса. Данное исследование, основанное на принципах индивидуально-дифференцированного подхода, позволило оценить характер негативных переживаний у городских одаренных младших школьников настолько явно, что мы предпочли предложить административной власти города позаботиться о реализации превенций в форме организации специального общественного досугового пространства для детей, основанное на принципе «зеленой педагогики». Диагностика и поддержка в период реализации проекта не ограничивались устранением негативного опыта и были направлены на создание оптимальных условий для психологической поддержки одаренных детей в рамках диссинхронии.

Следует отметить, что современное образование практически не внедряет специальные информальные программы и не

обладает набором клинически апробированных мер для поддержки одаренных детей. Эту проблему ещё предстоит решать многим регионам.

3.4.

Резонансные технологии психологической помощи.

Технологические основы метода резонансного сотворчества (MRC: Resonante Cokreation, Sibgatullina-Denis, Grüssl) в комплексной реабилитации детей с синдромом Ретта

Модальность метода резонансного сотворчества (MRC: Resonante Cokreation, Sibgatullina-Denis I. / Grüssl S., 2002) впервые была описана в Австрии в 2002 году. Многие годы потребовались, чтобы понять, насколько метод может быть эффективным в разных случаях его применения. Метод резонансного сотворчества создавали ученые и практики: психологи и художники, физики и врачи. В основу метода положена практика резонансного использования художественных образов искусства. В определенном смысле, можно сказать, что искусство есть не просто средство эмоционального «заражения, но неизменно более важное средство для человека, имеющее биологическое значение. Искусство связано с внутренним психическим противоречием между ритмичным функционированием большинства органов человека и ациклическостью мыслительной деятельности его мозга, способной выводить человека из общего ритма собственной биологической природы» (Шевченко Ю.С.). В этой гипотезе скрыто много научных интересов. Один из них — насколько искусство может играть уравнивающую психологическую роль, стать психологическим ресурсом заболевшего человека, сопровождать сложные и длительные периоды

медикаментозной терапии, в том числе при лечении редких заболеваний? Мы называем это способностью метода «аккомпанировать» медицинским стратегиям лечения и насыщать жизнь заболевшего человека событиями внутренних ощущений от встречи с искусством.

Не следует путать метод резонансного сотворчества и арт-терапию. Да, их основы сходятся на идее использования средств искусства и творчества, технологически выраженными техниками, но практики расходятся на этапе применения этих техник. В первом случае следует опираться на готовые, уже созданные художественные образы, во втором, образы создаются через самовыражение. На VIII Всемирном научном конгрессе по синдрому Ретта (Россия, 2016) авторы монографии рассказали специалистам, что метод (MRC: Resonante Cokreation, Sibgatullina-Denis I. / Grüssl S., 2002) может быть применен в комплексной реабилитационной помощи детям с синдромом Ретта для установления устойчивого эмоционального контакта и стабилизации показателей снижения, замедления регресса психического развития.

Краткая справка. Андреас Ретт (нем. Andreas Rett; 2 января 1924, Фюрт, Бавария – 25 апреля 1997, Вена, Австрия) – австрийский педиатр, невролог и писатель. Окончил школу в Инсбруке, там же поступил в университет. Его обучение было прервано войной, во время которой он работал медиком в немецком военном госпитале. После войны Андреас продолжил обучение в Инсбруке, Бонне и Вене. В 1949 году получил медицинское образование и стал специализироваться в качестве педиатра, работая в Инсбруке, Вене и Цюрихе. Андреас Ретт всю свою дальнейшую жизнь посвятил заботе и лечению детей с нервными расстройствами. В Австрии того времени не существовало больниц, где дети могли получить необходимое лечение, а также рабочих мест для них, что делало их полностью изолированными от общества. Стараясь разрешить эти проблемы, Ретт обращался к местным властям и мэру города Вены. Так, несмотря на некоторое сопротивление, в 1955 году при поддержке Отто Зигмунда, директора дома престарелых в Лайнце, Ретт начал работать с детьми-инвалидами в 17 отделении больницы

Лайнца. В 1963 году Ретт вместе с Фрицем Мустером организовал в Вене первую мастерскую для подростков с неврологическими заболеваниями. Наконец, 1 апреля 1975 года Андреас Ретт открыл в Неврологическом центре г. Вены (Розенхюгель, нем. Rosenhgel) «Отделение для детей с нарушениями в развитии». В 1966 году он опубликовал работу, где впервые было описано заболевание, в дальнейшем получившее известность как «синдром Ретта». В 1967 году он читает курс лекций по неврологии и педиатрии в Венском университете, где в 1973 году становится доцентом. Ретт был удостоен множества наград, а в 2002 году в честь него был назван парк в Хитцинге (Andreas-Rett-Park). Доктор Ретт был невероятно трудоспособным человеком, зачастую он работал по 16 часов в сутки 7 дней в неделю. В течение жизни им было написано более 300 научных статей по медицинской тематике.

Об обучающих функциях метода резонансного сотворчества в данном контексте ранее не говорилось, так как специалисты инклюзивного обучения только начинают работать с методом как практическим инструментом в коррекционных программах развития, например, речи и воображения. В этом случае, специалисты ориентированы на поиск психологических и коррекционно-педагогических инструментов преодоления редкой болезни и пользуются практикой использования «искусства-образа» (усиление новизны события, яркость восприятия, препятствие стереотипам, поддержание ансамбля образов и цвета) или «искусства ритма» (внутренняя сила звуков, движения, передача ритма через внутренние ощущения) как элемента комплексной терапии.

Краткая информация. Синдром Ретта. Несмотря на распространенную версию, что впервые синдром был описан в 1966 году, обнаружен он был в 1954 году, а всемирное признание как отдельное заболевание получил в 1983 году. Так в 1954 году Андреас Ретт обследовал двух девочек и отметил у них кроме регресса психического развития, особые стереотипные движения в виде «сжимания рук» или напоминающие «мытьё рук». В своих записях он отыскал несколько подобных случаев, что натолкнуло его на мысль об уникальности заболевания. Отсняв на видеопленку своих пациенток, доктор Ретт отправился по всей Европе в поисках детей с похожи-

ми симптомами. В 1966 в Австрии он опубликовал свои исследования в паре немецких журналов, но они не получили всемирную огласку, даже после публикации на английском языке в 1977 году. Лишь в 1983 году после публикации шведского исследователя Dr. Bengt Hagberg и его коллег, заболевание было выделено в отдельную нозологическую единицу, и названо в честь его первооткрывателя «синдромом Ретта». В ходе дальнейших исследований, в 1999 году, была открыта генетическая природа заболевания: к заболеванию приводят мутации в X-сцепленном гене MECP2. Этот ген кодирует метил-СpG-связывающий белок 2 (MeCP2). Синдром Ретта выделен из группы недифференцированного аутизма, или ранней злокачественной шизофрении [Rett A., 1965, 1966]. Происхождение синдрома Ретта остается недостаточно выясненным. К настоящему времени большинство исследователей предполагают, что синдром Ретта — это не нейродегенеративное прогрессирующее мозговое поражение, а скорее генетическое нарушение развития мозга, и связывают синдром Ретта с нарушениями в X-хромосоме. Синдром Ретта как цереброатрофическая гипераммониемия, психоневрологическое наследственное заболевание приводит к тяжелой форме умственной отсталости, в основном встречающееся у девочек. Распространенность синдрома Ретта — 1 случай на 10 000 девочек [Hagberg B., 1993]. Эти данные скорее представляют частоту распространенности синдрома Ретта на клиническом материале, а не в популяции. Вполне вероятно, что у части больных с синдромом Ретта диагностируют «детский аутизм»; ряд стертых атипичных случаев пока трудно определимы и находятся в группе умственной отсталости. Развитие ребёнка до 6-18 месяцев протекает нормально, но потом начинают пропадать приобретённые речевые, двигательные и предметно-ролевые навыки. Характерным для данного состояния являются стереотипные, однообразные движения рук, их потирание, заламывание, при этом не носящие целенаправленного характера. Речь затрудняется, ответы становятся однообразными, временами речь совсем пропадает. Наблюдается низкий психологический тонус. Лицо ребёнка постепенно приобретает «неживое» выражение, взгляд становится расфокусированным или устремлённым в одну точку перед собой. Движения становятся заторможенными. Появляются судорожные припадки. [Из Башина В. М. «Аутизм в детстве»].

Метод резонансного сотворчества (MRC: *Resonante Cokreation*, Sibgatullina-Denis I. / Grüssl S., 2002) опирается на естественнонаучное и психобиологическое понимание резонанса (фр. *resonance*, лат. *resono* — откликаюсь) как физического явления резкого возрастания амплитуды вынужденных колебаний, которое наступает при приближении частоты внешнего воздействия к некоторым значениям (резонансным частотам), определяемым свойствами системы. При помощи резонанса можно усилить даже весьма слабые колебания и выделить предмет условного со-творческого «диалога» больного с синдромом Ретта и специалиста. Допустимые выявленные устойчивые значения творчества минимальны, но вполне положительно влияют на общее развитие социо-психических навыков.

В методе резонансного сотворчества (MRC: *Resonante Cokreation*, Sibgatullina-Denis I. / Grüssl S., 2002) особую миссию выполняет именно художественный образ. Метод опирается на явление избирательного восприятия образов у детей с синдромом Ретта. Художественный образ выступает стимулом, вынуждающей силой, а восприятие его ребенком как, собственно, колебательная система. В работе с детьми с синдромом Ретта, резонансное явление заключается в том, что при некоторой частоте вынуждающей силы рассматривания яркого художественного образа — колебательная система мозговой деятельности оказывается особенно отзывчивой на действие этой силы. В качестве главной предпосылки восприятия художественного образа метод резонансного сотворчества (MRC: *Resonante Cokreation*, Sibgatullina-Denis I. / Grüssl S., 2002) рассматривает соответствующую для синдрома Ретта степень сформированности-несформированности префронтальных отделов коры головного мозга, при преимуществе правополушарной активации. Мы заметили, что в творчестве болеющей личности могут в разных пропорциях отражаться как продуктивные, так и негативные симптомы. Прогноз творческой составляющей зависит от степени болезни, зрелости личности больного, культурного окружения и коммуникации. Однако практика работы

с большими с редкими заболеваниями показала, что каждый отдельный болеющий человек будет оставаться продуктивным и неформально творческим до тех пор, пока пропорция между личностью и болезнью будет сохранять приоритет первой над второй. К сожалению, обратная формула здесь не «работает». Это означало для исследователей, что применимость метода тем эффективнее, чем в меньшей степени болезнь преобладает над сохранным ресурсом.

Интересный факт. Истории, например, известен тот факт, что последние месяцы своей жизни знаменитый Ван Гог провел в Овере, где находился под врачебным присмотром доктора Поля Гаше. Ван Гог много в это время работал над созданием художественных образов, но в несвойственной ему манере. Одна из таких работ была написана художником в период лечения от тревожной депрессии, сопровождающейся иллюзорно-галлюцинаторными обманами восприятия, бредовыми идеями и эмоциональным оскудением. Последующий искусствоведческий анализ, совместно сделанный с психоаналитиками и клиническими психологами показал, что многие работы того периода были полны болезненного смятения, а само состояние художника призрачно улучшенным. Художественные образы, ритм, форма, цвета резонировали с внутренней картиной болезни Ван Гога, влияний лечебных действий доктора Гаше. Значит можно сказать, что продуктивные симптомы могут провоцировать всплеск творческой активности, но негативная, регрессивная симптоматика постепенно приводит к снижению продуктивности и утрате художественной стороны произведения искусства.

В комплексной психолого-педагогической сопровождающей помощи детям с синдромом Ретта участвуют врач-педиатр, врач-невролог, реабилитолог, коррекционный педагог, психолог и художник и/или арт-психотерапевт. Специалисты объединяют усилия и совместно формируют психические новообразования у детей с этим редким заболеванием. Работа происходит индивидуально и короткими сеансами. Лингви-

стическая составляющая метода минимальна, но варьируется на рассмотрение каждого индивидуального случая в практике. Возможности применения метода варьируются, но клинический аспект может быть сохранен или не востребован. Это зависит от решений команды специалистов, которые ведут программу сопровождения.

Психологическая, коррекционно-педагогическая и реабилитационная практика метода резонансного сотворчества (MRC: Resonante Cokreation, Sibgatullina-Denis I. / Grüssl S., 2002) происходит системно и всегда направлена на работу с художественным образом различного содержания, различной формой выраженности и цвета. Для системного использования метода специалисты нуждаются в обучении и повышении квалификации в области комплексной и сопровождающей помощи детям с редкими заболеваниями. Специальная программа обучения включает теоретический модуль изучения метода резонансного сотворчества (MRC: Resonante Cokreation, Sibgatullina I. / Grüssl S., 2002), модуль практических навыков и организацию супервизии. Обучение ведут российские и австрийские специалисты, в том числе и разработчики клинического применения метода.

3.5.

Психологический и психопатологический аспекты использования детского рисунка в комплексной диагностике методом резонансного сотворчества (на примере конкретного исследования)

Исследования природы детского рисунка, в последние 100 лет, освещают разные аспекты детского феномена, отмечая ряд тенденций, определяющих развитие ребенка. Среди них имеют место природные предпосылки, зависящие в целом от генезиса, и социальные, связанные с воспитательны-

ми действиями и существующими моральями. Представители различных наук: искусствоведы, биологи, психологи, медики, педагоги и др. подходят к изучению детского рисунка с различных точек зрения, отражающих, прежде всего, предмет *logosa*. Изучая и анализируя работы Бехтерова В.М., Болдыревой Ю.Н., Венгера Л.А., Выготского Л.С., Запорожца А.В., Мухиной В.С. и других исследователей, можно прийти к заключению о неоднозначности трактовок, касающихся как проекции содержательной части самого детского рисунка, так и вопросов о значении изобразительной деятельности в развитии.

Наиболее определенным в своей концептуальной ориентации является описание знаковой природы детского рисунка (Выготский Л.С., Пиаже Ж.), феномена творческой активности, имеющего как двигательно-зрительную, так и чувственную основу, способность к самовыражению своего состояния. Именно эта база, а также современные работы Штрауса М. дали нам возможность поставить вопрос об использовании детского рисунка в диагностике и оценке состояния здоровья в условиях медико-психологических служб образования.



Определение интересов специалистов. Наше исследование касалось изучения формирования рисования в различные возрастные периоды в зависимости от состояния здоровья и роли рисования в его укреплении. С этой целью было изучено более 1200 рисунков детей в возрасте от 3 до 11 лет на протяжении всего периода пребывания их в детском образовательном учреждении открытого типа, на базе которого осваиваются инновационные методы педагогики и центра психопрофилактики развития «Детский Клуб». Экспериментальное исследование проходило под руководством авторов монографии. Временная динамика 5 лет. Объем выборки 200 детей. Профессиональную репрезентативность исследователей составили психологи, медики, педагоги. Специалистами сопоставлялись рисунки, выполненные на заданную тему и в свободном творчестве (большинство). Учитывались линейность, закругленность и симметрия форм, реальность и фантастичность, сюжетность,

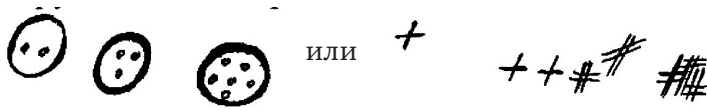
взаимосвязь элементов и наложение одних на другие (прозрачность), наличие перспективы, масштаба соразмерности предметов, заполнение листа до краев, любимый цвет и использование красок по назначению или для красоты. Обращалось внимание на разнообразие или стереотипность изображаемых явлений, а при рисовании людей — преобладание изображения фаса или профиля, портретный или групповой характер, центрация на прорисовывании отдельных частей тела, внутренних органов и т.д.

В течение всего исследования нас интересовали ответы на следующие вопросы:

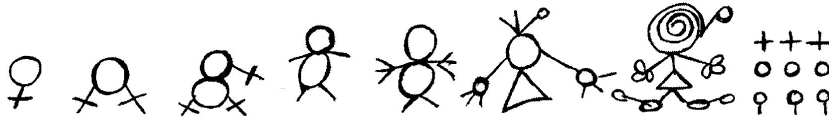
- что рисуют дети (возрастной аспект);
- содержательная сторона рисунка детей, страдающих хроническими заболеваниями;
- формально-знаковая сторона рисунков детей, в момент соматических заболеваний;
- социальный рисунок сегодняшнего дня;
- общая проективная информация детского рисунка.

Рисунок: знак, движение, танец. «Рисование само по себе, как природное качество не существует самостоятельно» (Мухина В.С.). Оно живет в ребенке вместе с другими качествами развития: движением, речью, пробуждающейся мыслью. «Рисование – это определенного рода рассказ о своем индивидуальном развитии и формировании отдельных систем организма» (Выготский Л.С.). Наряду с «возрастными нормами» в детской психологии, интересным показалось нам вписать в схему анализа детских рисунков такой критерий, как **ритмичность**. Под ритмичностью мы понимаем тенденции к повторению использованного в рисунке знака с добавлением новой формы, а также их периодичность.

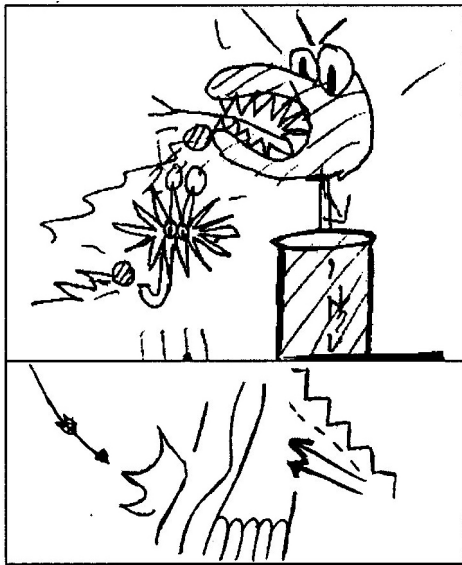
Например, в рисунке детей 3 лет появляются такие формы  или . В ритмическом рисунке, просматривается тенденция к знакам в виде окружностей и крестов, а также их комбинаторное сочетание.



А у детей с 3,5 до 5 лет эти знаки совмещались в образ человечков.



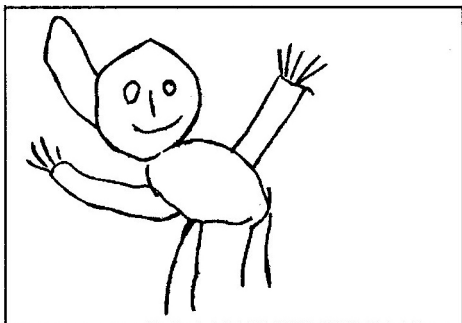
Нами замечено, что у детей с проблемами здоровья ритмичность рисунка нарушалась. В формах рисунка преобладают контуры нездорового органа. Этот орган занимает либо центральное место, либо периферийное, но тщательно прорисованное, обращаемое на себя внимание (таб. 1).



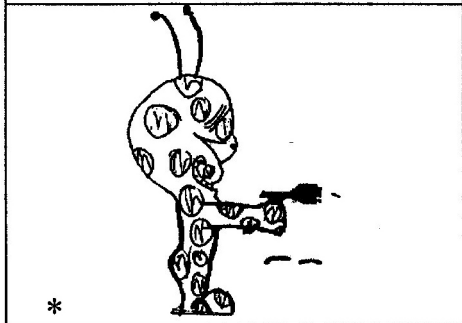
Кастер, 5,5 лет
(кашель)

Эмиль
(болят зубки)

Таб. 1



Катарина, 4,5 годика
(отит)



Кастер, 5,5 лет
(ветрянка)

*



Эдит, 5,8 лет
(реактивный лимфоделий, после перенесенного гриппа)

*

Таб. 1

Установлено и то, что 90% соматически ослабленных детей в своих рисунках дали разброс в освоении условной «возрастной нормы» изображения знака в рисунке.

Например, явное отсутствие головоногих человечков у 3-х леток, «одиноких принцесс» у 5-6 леток и т.д. В основном, это были дети II и III группы здоровья, страдающие частыми простудными заболеваниями, неврозами, хронической патологией, вегетативной лабильностью, энурезом и т.д. Лишь 2% подобного «эффекта» показывали дети с педагогической запущенностью.

В первом приближении отметим обнаруженную нами взаимосвязь между условным коэффициентом ритмичности (оценивался через субъективный контроль) и тяжестью заболевания. Чем более были страдания ребенка в момент болезни, тем менее прослеживался ритм в рисунке.

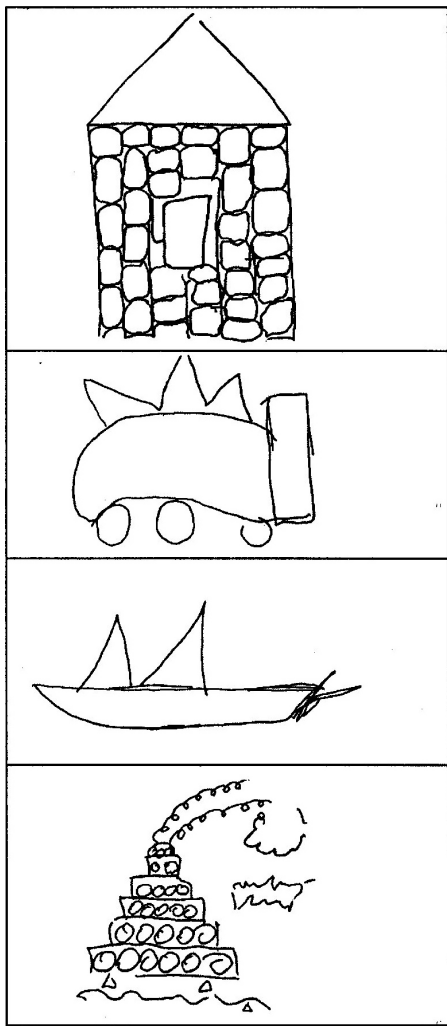
В анамнезе отдельных детей были зафиксированы случаи отказа от рисования на продолжительное время. А в момент «возвращения» к рисованию ребенок как бы проживал «свою траекторию» ритмичности заново.

А вот дети, имеющие наличие отклонений сомато-вегетативного, эмоционального, психомоторного характера удивляли тем, что в их рисунках ритм задавался не по восходящей, а по нисходящей.

Так, например, у детей с психомоторными нарушениями типичными были такие контуры. Ниже мы приводим рисунки, в которых ритм «отслеживался» в течение недели.



Особенное внимание в представленном исследовании было уделено анализу рисунков дошкольников в период смены и роста зубов. Ниже мы приводим таблицу (таб. 2), которая отражает основной элементный характер рисунков детей, их ритmicность и отдельные наблюдения воспитателя и врача.



6 лет, Макс

У Макса шатался нижний резец. Он еще не выпал, а снизу рос новый зуб. Два дня он всем его показывал. На третий день зуб выпал, он принес зуб из дома, завернутый в тряпочку.

6 лет, Эмиль

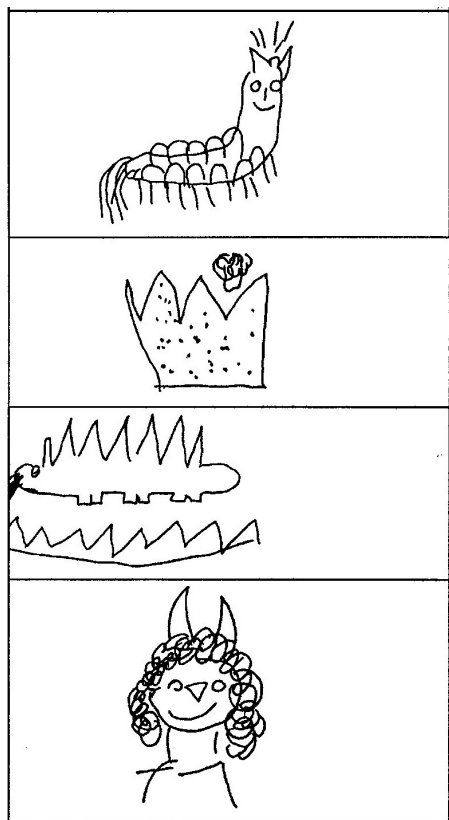
У Эмиля воспалилась левая десна. Дома полоскали.

6,5 лет, Элиас

У Элиаса выпали два верхних резца. Он бы расстроен. Такой вид, что случилась большая беда.

5 лет, Мария

Весь месяц озабоченная. Выпали резцы, стесняется. Прикрывает рот рукой, когда улыбается.



6 лет, Эдит
Эдит лечила зубы у врача.
Врач была добрая, внима-
тельно лечила зубы.

6,5 лет, Сусанна
Шатаются два верхних зуба.

5,5 лет. Кастер
Меняются верхние резцы.

6,5 лет, Андрэ
Выпал зуб. В тот же день
стал читать книжки.

Таб. 2

Из рисунков видно, что выше описанные наблюдения как бы сконцентрировались в приведенных рисунках: как в знаковых формах и линиях, выражающих образ зуба, десны, рта, корневой системы, так и ритмичности этих знаков в момент обострения боли и избавления от нее. В научных трудах Л.С. Выготского о развитии высших психических функций достаточно часто встречается мысль о том, что пробуждение сознания происходит, в том числе, и через боль. «Чтобы достигнуть сознания, боли нужно выйти наружу». Из рассказов детей мы узнавали,

что когда у них что-либо болело, они представляли этот орган, они как бы «застревали» в его образе. Именно в эти моменты в рисунках появлялось его изображение. Дети плохо чувствовали себя физически и искали свои пути освобождения от боли. Таким образом, в детском рисовании виден феномен активности, имеющей двигательно-зрительную основу и реализующий многие психические функции, важные для целостности личностного развития ребенка.

Рисунок как диагностика особенностей нервно-психического здоровья. В рамках исследования мы использовали возможность выявить в рисунках детей проекции особенностей их нервно-психического здоровья и соотнести их особенности с объективными данными и наблюдениями педиатров и психологов. В поле зрения вошли:

- интеллектуальное развитие (успешное овладение детьми игровой и учебной деятельностью, развитие речи, мышления, памяти, внимания, интеллектуальная лабильность и др.);
- психомоторное развитие и поведение (общее проявления поведения, наличие навязчивых движений и патологических привычек и др.);
- эмоционально-вегетативное развитие (общее настроение, соматовегетативные проявления и вегето-диэнцефальные проявления);
- особенности личности (характерологические особенности, темперамент и др.);
- социальные контакты (общение, совместная деятельность, социальная компетентность).

В основу анализа рисунков были положены сюжетность, содержание выражения чувств, образы фантазий и реальности, цвет, общий эмоциональный знак, ритмичность.

Правомерно отметить, что, сопоставляя переработанные элементы множества рисунков с данными нервно-психологического здоровья детей их рисовавших, мы убедились в необходимости системного целенаправленного расширения эмоцио-

нального опыта ребенка. Согласно подходу Л.С. Выготского это могло бы обеспечить прочную связь «...между деятельностью воображения и реальностью... С одной стороны, всякое чувство, всякая эмоция стремится включиться в известные образы, соответствующие этому чувству». Но и само воображение влияет на чувство. Таким образом, анализируя рисунки детей, мы руководствовались законом общего эмоционального знака и законом общего эмоционального знака и законом эмоциональной реальности, что дало нам возможность психологической диагностики и медико-социальной терапии в уходе за нездоровыми детьми.

Так, например, если в момент рисования мы отмечали у ребенка побледнение, дрожание рук, сухость в горле, измененное дыхание и сердцебиение, то предполагали, что все воспринимаемые им в это время впечатления окружены владеющим им чувством. Но каким? Страх, обида, раздражение. Досада, тревога...? Психологи и педагоги в этих случаях имели возможность «подбирать» отдельные элементы действительности, «присоединяясь» к занятию ребенка и комбинируя их в такую связь, которая и была обусловлена изнутри настроением ребенка, а не извне, логикой самих образов.

Так, нами обнаруживались особенности нервно-психического здоровья, например: затрудненное засыпание (на рисунке ребенок очень долго «укладывал» героя спать), беспокойный сон, ночные кошмары (рисунки снов), сноговорение и снохождение, трудность пробуждения, а также нарушение аппетита (в рисунках усматривались тенденции героя к повышенному, пониженному и, особенно, к извращенному аппетиту). Повторяем, что анализ рисунков имел комплексный и аспектный подход и опирался на законы двойного выражения чувств, описанных выше.

Вегето-диэнцефальные проявления также обнаруживались в рисуночных проекциях. Через сюжеты рисунка дети «сигналили» о наличии головных болей (повторение в рисунках контура головы, тщательное его прорисовывание у всех героев,

или укладывание героя в постель, лечение его лекарствами, делание точечного массажа, «отсоединение» головы от других частей тела, — «пусть полежит, отдохнет, поспит»). Наличие головокружений сопровождалось в рисуночных образах через контуры спирали в головах героев, затуманивание контура головы вместо прорисовывания у героя глаз, носа, рта, ушей, волос. Ритмы рисунков показывали их высокую степень повторяемости. При повышенной утомляемости (связанной с физической и психической нагрузках) ритмы сбивались, становились хаотичными, и (преимущественно у школьников) исчезали вовсе.

Отметим наши наблюдения при выявлении у детей патологических привычек. Так, кусание ногтей сопровождалось в рисунках окрашиванием ногтей героя в необычный цвет, выдергивание волос — пышностью волосяного покрова героя, с нисходящей динамикой ритма. Раскачивание головы или туловища — рисование героя по диагонали, гримасничание — запечатление этих образов на лицах героев, с восходящей динамикой ритма. Онанизм — горизонтальным расположением героя, преобладание контурной техники рисунка, отказом от цвета.

Анализируя рисунки детей, мы следовали правилам сочетания прямых возможностей восприятия с мысленными (мыслительными) постижениями и представлениями. Все то, что мы воспринимаем в рисунке ребенка нашими чувствами, что мы сможем измерить, «считать» и взвесить, составляет лишь часть его существа и развития. В росте, в движении, в функциях, деятельности, душевных и духовных проявлениях действует скрытая сторона его организации. Если мы хотим понять ребенка мы не должны удовлетворяться лишь телесным исследованием, нужно принять и понять его внутренний мир, соприкоснуться с его психологической и социальной ситуацией развития. Его радость, его печаль, его желания, переживания образуют определенные части его существа и способны проектироваться в детском рисунке.

История девочки Нади. Во время исследования нами изучалась динамика рисунков детей, перенесших различные заболевания. Проиллюстрировать их можно на примерах конкретных случаев.

Девочку Надю мы наблюдали с 3 лет 2 месяцев. Именно в этом возрасте у Нади был выявлен хронический пиелонефрит. В рисунках девочки постоянно проектировались образы внутренних органов (рис. 1).

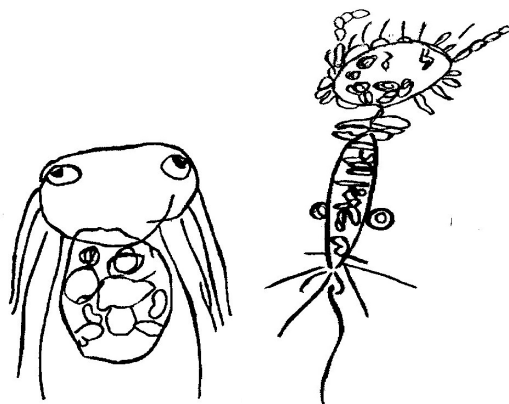


Рис. 1

Ближе к 4 годам врачи поставили Наде еще один диагноз аффективно-провоцируемые пароксизмы. Одновременно в ее рисунках появился, новый образ: человек на человеке (рис. 2).

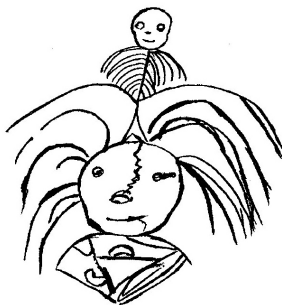


Рис. 2

Приведем записи из дневника воспитателя Вольдорфского детского сада, который посещала девочка: «...Если бы я не видела, что нарисовала Надя, я бы не поверила. Это рисунок я поместила в альбом, в который записывала все свои наблюдения, наблюдения ее мамы и все факты, которые мы узнавали о Надиином развитии. Судорожных приступов на моих глазах не было. Из беседы с мамой я узнала, что у Нади бывают кратковременные отключения, в результате она падает и на несколько секунд отключается. Удивительно, что именно после приступов Надя активно бралась за рисование. В рисунках часто появлялся человек на человеке...».

А теперь обратим внимание на социальный рисунок Нади. Наша коренастая девочка с большими голубыми глазами, шагающая с пятки на носок, тяжелой поступью не менее тяжело формировала социальную компетентность. Надя постоянно спрашивала: «Что мне делать? Куда сесть, с кем играть? А почему меня не принимают? А у меня получится?» В ее рисунках появился дом. Сначала он выглядел как закрытый для входов и выходов (рис.3), через год в доме появляется окошечко, в котором виднеется цветок, к дому подлетела птица (рис. 4). Еще через полгода Надя начала рисовать возле дома себя, большую девочку Надю, по размерам не меньше самого дома (рис. 5). И, наконец, в 6 лет она «поселила» дом в себя (рис. 6).

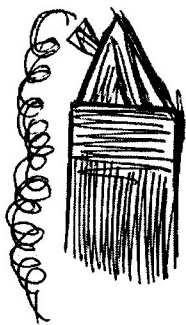


Рис. 3

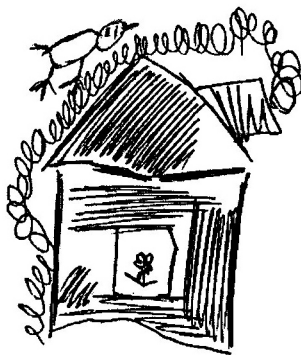


Рис. 4



Рис. 5



Рис. 6

Из дневников воспитателя: «О чем говорят Надины домики? На протяжении 2-х лет Надя осваивает свой дом. Она не может до конца из него выйти. Только выглядывает в окошко в образе хрупкого цветка. Такой прекрасный цветок в этом доме... Надя говорила: «Этот дом не может родиться — роды тяжелы». С одной стороны, дом покрыт шипами, которыми ребенок как бы защищается от внешнего мира, с другой стороны, ребенок ежедневно проделывает колоссальную работу и делает это из внутренней необходимости. Эта большая девочка переживает радость пробуждения сил в руках, в ногах, во всем теле. И так, «повзрослели» нарисованные черты ее лица. Она выросла и осознала это. Дом «поселился» в ее сердце.

Заметим, что рисунки, о которых идет речь в исследовании, всегда являлись собственной характеристикой ребенка и в той ли иной степени отображали состояние их физического, психического и эмоционального здоровья.

Кроме того, педагогическая арт-терапия и предоставление ребенку постоянной возможности рисовать выступает как фактор стимулирования и укрепления здоровья. Иначе говоря, рисование в момент болезни — это здоровая сопротивляемость, душевная подвижность и участие, внутренняя отзывчивость, радость жизни, надежды.

Так, в течение 5 лет по данным медиков уровень обострения хронических заболеваний уменьшился в исследуемой группе в 1.6 раза. Заболеваемость часто болеющих детей от 10-12 раз в году уменьшилась до 2-3 раз в год. Хотим отметить следующее:

- усовершенствование техники рисования в дошкольном возрасте происходит по единой схеме по мере формирования гибкости и пластичности, удлинении, сосредоточенности внимания, расширения формы памяти, а вместе с тем воспроизводства информации, укрепления социальных контактов;
- с возрастом по рисунку прослеживается переход от предметно-манипулятивного к предметно-действенному мышлению. До 2,5 лет в рисунках преобладает закругленность, к 3-м годам — круг с точкой переходит в человеческое лицо, когда ребенок осознает себя личностью — «Я сам». К 5-и годам — более четкое прорисовывание человеческого тела, фантазия и загадочность. В 6 лет, когда наступает смена молочных зубов, наблюдается вытяжение тела — характерная угловатость и острота форм в рисунке. После 6-ти лет в большинстве рисунков изображен человек в окружении природы;
- дети с хроническими заболеваниями отстают в освоении возрастной техники рисования. Некоторым болезням «присущи свой цвет красок и искаженность»;
- обучение рисованию в дошкольном возрасте положительно влияет на нервно-психическое развитие, повышает резистентность организма, что выражается в снижении частоты заболеваний.

Так, по данным 5-летних наблюдений врача за исследуемой группой детей уровень обострения хроническими заболеваниями уменьшился в 2 раза, обострение пиелонефрита — в 1,6 раза, бронхиальная астма — в 1,5 раза, хронического холецистикохолангина — в 2-3 раза. Снизилось количество простудных заболеваний, особенно у часто болеющих детей, с 10-12 до 2 раз в году. Снято с диспансерного учета 5 детей. Индекс здоровья, т.е. количество детей ни разу не болевших в течение года, со-

ставил 28%. Процент пропусков по болезни в данной группе ниже в 2 раза, чем в обычных группах.

Эти наблюдения указывают на два важных аспекта:

1) детский рисунок обладает диагностической и терапевтической возможностью, а само рисование может быть рассмотрено как специальная техника сбалансированности внутреннего состояния физических, психических и эмоциональных качеств в развитии ребенка и в этом процессе ведущий — сам ребенок;

2) детский рисунок несет особую информацию состояния здоровья ребенка. Комплексный аспектный анализ рисунка педагогами, врачами и психологами наряду с другими методами диагностики полезен в оценке состояния здоровья, а также в выборе адекватного метода лечения оздоровления, психотерапевтических процедур, психологической коррекции и социальной терапии.

3.6.

Метод паркового ритрита (MPR: PARKRITRITUS, Sibgatullina-Denis, März, 2005) в комбинированных программах психологического сопровождения

Метод паркового ритрита (MPR: PARKRITRITUS, Sibgatullina-Denis, März, 2005) является частью резонансного подхода в вопросах психологической помощи, психологического сопровождения и самопомощи, в том числе людям, имеющим особые потребности здоровья и проживающим в мегаполисах. В определенном смысле, сама идея паркового ритрита не является новой, но в применении к психологическим программам сопровождения, может использоваться контекстно к задаче психологической помощи и самопомощи, коррекционных «зеленых» социально-педагогических программах. Метод парко-

вого ритрита в своей изначальной разработке был направлен на превенцию синдрома диссинхронии психического развития жителей мегаполисов. В частности, речь шла о синдроме социальной диссинхронии, выражающемся в нарушении коммуникаций, «рабочем» стрессе, хронической усталости и т.д. В настоящее время разработчик добавила вектор, способный применять метод в коррекционной педагогике, курортологии и реабилитации.

В этом случае, в своей основе метод паркового ритрита (MPR: PARKRITRITUS, Sibgatullina-Denis, März, 2005) представляет форму психологической и экологической превенции эмоциональных напряжений, способствующей улучшению качества жизни и комбинированной помощи, для людей с двигательными проблемами здоровья. При снижении кинестетических ощущений в работе методом паркового ритрита используется «опора» на осознание психологической структуры движений. Напомним, что ощущения движения отдельных частей тела, кинестетические ощущения вызываются возбуждениями, поступающими от проприоцепторов, расположенных в суставах, связках и мышцах. Благодаря кинестетическим ощущениям человек и с закрытыми глазами может определить положение и движение своих частей тела. Импульсы, поступающие в центральную нервную систему от проприоцепторов вследствие изменений, происходящих при движении в мышцах, вызывают рефлекторные реакции и играют существенную роль в мышечном тоне и координации движений. Всякое выполняемое движение контролируется центростремительными импульсами проприоцепторов. «Выпадение» проприоцептивных раздражений может повлечь за собой более или менее значительное расстройство координации движений.

Метод паркового ритрита (MPR: PARKRITRITUS, Sibgatullina-Denis, März, 2005) отчасти это нарушение может коррегировать. Кинестезия, вообще, находится в тесном взаимодействии со зрением, и поэтому в методе паркового ритрита используются модусы зрительного восприятия, в частности паркового

пространства, со всей его совокупностью красок, эстетических форм и ландшафтной идеи. С одной стороны, зрительная оценка расстояний у человека, на которого направлено воздействие метода паркового ритрита (MPR: PARKRITRITUS, Sibgatullina-Denis, März, 2005), вырабатывается под контролем кинестетических ощущений; с другой стороны, вырабатывающиеся, в том числе, в новом опыте восприятия рекреационной ландшафтной среды, зрительно-двигательные координации начинают играть новую роль в новых движениях, выполняемых под контролем зрения и «вызванных» чувств. Это происходит даже, если эти движения несущественно отличаются от уже приобретенных двигательных навыков. В любом случае, новые они уже потому, что в них присутствует арсенал эмоций внутреннего мира человека, на которого направлено воздействие метода. То есть, в случае применения метода паркового ритрита (MPR: PARKRITRITUS, Sibgatullina-Denis, März, 2005) в воздействие «включается» эмоциональное состояние человека, зрительное восприятие ландшафта и целостная вдохновенность от эстетической среды. Чаще всего это положительные радостные эмоции от чувства красоты, восхищение, умиление и восторг. В соединении со зрением, осязанием и т. д. кинестетические ощущения начинают «работать» на выработку пространственных восприятий и представлений, рефлексию чувств и, что особенно важно для лечебной педагогики, на развитие творчества. Роль мышечного чувства «в воспитании» зрения, слуха и других чувств одним из первых была «подмечена» выдающимся русским физиологом И.М. Сеченовым. В ряде работ и особенно в своей известной статье «Элементы мысли» И.М. Сеченов показал, что пространственное видение, глазомер осуществляются, во-первых, с помощью проприоцепторов глазных мышц, во-вторых, путем многократного сочетания оценки расстояний, глазами и руками или ногами. По мнению Сеченова, мышца является анализатором не только пространства, но и времени: «Близь, даль и высота предметов, пути и скорости их движений — все это продукты мышечного чувства... Яв-

ляясь в периодических движениях дробным, то же мышечное чувство становится измерителем или дробным анализатором пространства и времени».

Применяя метод паркового ритрита, есть возможность изучить воздействие мышечного чувства на способности к творчеству, что является существенным для лечебно-педагогической работы, в которой часто специалисты используют творческие техники арт-терапии, резонансного сотворчества, сказкотерапию, фототерапию и др. Кинестетические ощущения всегда в той или иной мере участвуют в выработке творческих навыков. Существенной стороной автоматизации движений является переход контроля над их выполнением от экстерорецепторов к проприоцепторам. Такой переход может иметь место, когда, например, пианист, выучив музыкальное произведение, перестает руководствоваться зрительным восприятием нот и клавиатуры, доверяясь искусству своей руки, а человек, который имеет паралич руки, способен великолепно рисовать другой частью тела, например здоровой рукой или ногой или держа кисточку во рту. Такие случаи в практике известны и востребованы исследователями для понимания.

Метод паркового ритрита (MPR: PARKRITRITUS, Sibgatullina-Denis, März, 2005) в вышеуказанном контексте может быть применен, например, при парезах или параличах, для нормализации мышечного тонуса и использоваться в реабилитационных и курортологических программах. Также, в период 2012-2017 годов разработчик метода неоднократно применяла его для лечебно-педагогических целей в работе с детьми с тяжелыми нарушениями речи или с одаренными детьми, которые имели выраженный синдром внутренней диссинхронии, связанный с когнитивной сферой развития и проявляющийся в проблемах дисграфии и дислексии.

Заметим, речь — это не только звуковое произношение слов и предложений, но и способность осмыслить и описать увиденное, способность описать свои чувства, впечатления, понять логику того, о чем говорят окружающие. Первой из возможных

причин задержки появления речи или ее отсутствие может быть нарушение слуха. В этом контексте метод паркового ритрита (MPR: PARKRITRITUS, Sibgatullina-Denis, März, 2005) используется как инструмент для зрительного восприятия и зрительного контакта с природой.

Речь — это, прежде всего, результат согласованной деятельности многих областей головного мозга. Поэтому вторая причина задержки речи — неполноценная работа отдельных участков головного мозга, которые отвечают за речевую деятельность. Консультация логопеда и специалиста, владеющего методом паркового ритрита, особенно важна в тех случаях, когда в основе речевых недостатков лежит еще одна, третья, причина — нарушения в строении речевого аппарата. В этом случае, логопед включает в свою программу сопровождающие ее психологические элементы контактной «встречи» с природой, ландшафтной рекреацией.

Четвертая причина задержки в речевом развитии — низкое качество окружающей «питательной» речевой среды, возможности «описательной практики» речи, речевая активность окружения. Во всех случаях, отметим это особенно, эффективна только комплексная помощь и технологические приемы, объединяющие лучшие техники паркового ритрита (MPR: PARKRITRITUS, Sibgatullina-Denis, März, 2005).

В курортологии парковый ритрит часто используют в восстановительных программах с людьми, пережившими инсульт, инфаркт. В настоящее время разработчики метода активно описывают дополнения в практике в этом направлении применения. Например, значение терренкуров, то есть особым образом построенных маршрутов для ландшафтных прогулок при специальном физиотерапевтическом расчете времени и нагрузки, релевантных особенностям болезни пациента, его уровня восстановленности после перенесенного заболевания, волевой активности и личностных характеристик.

Автономность паркового ритрита (MPR: PARKRITRITUS, Sibgatullina-Denis, März, 2005) как метода психологического со-

проведения опеределена специальным процедурным уединением человека (и специалиста) в парковой рекреации. Эта процедура носит лечебный и эстетический характер. Человек не перемещается на большие расстояния, но оставаясь в парковой рекреации, способен найти естественную среду для «настройки» на творческий стиль мысли, рефлексии и анализ правил внутреннего диалога. Психолог и коррекционный педагог сопровождают это.

Научный механизм в парковом ритрите (MPR: PARKRITRITUS, Sibgatullina-Denis, März, 2005) представлен неклассическими теориями естествознания, психоаналитической концепцией отсроченного действия, нелинейным подходом в организации психологических программ превенции. Принципиально важным в методе паркового ритрита является то, что все преобразования психических явлений, процессов и переживаний происходят естественным образом в особом ритме взаимодействия человека с окружающей средой парка и парковой культуры, «ретроспективном эхе» событий жизни человека и его памяти о них.

Особо отметим, что метод паркового ритрита (MPR: PARKRITRITUS, Sibgatullina-Denis, März, 2005) полностью противоположен релаксу. Более того, не зависимо от того, в какой степени утрачено здоровье человека, или в какой степени он имеет (или не имеет) врожденный дефект или частные случаи, связанные с его психическим здоровьем и эмоциональным состоянием в данный момент времени, процес поиска самоосуществления происходит в форме «гладкого потока» вечности природы и безвременности бессознательного, ровно как и в осознанных движениях, мыслях и чувствах. Речь идет о новых порождениях целебного вдохновения, внутренних размышлений, регуляции асинхронизмов и несбалансированности психических состояний и конкретных переживаний дня сегодняшнего. Говоря языком психотерапии — парковая форма символического бытия человека становится частью его жизни в момент «здесь и теперь», перемещаясь по времени в «там и тогда»

и вновь возвращаясь в настоящее через чувственную сторону бытия данного момента. В определенном смысле, парк рассматривается в методе паркового ритрита как рекреационная зона для восстановления, лечения и реабилитации, но рекреация эта полноценно воздействует только тогда, когда сам человек включен в процесс осознания мотивов и возможностей выздоровления.

Краткая информация. Рекреация. Понятие рекреация (лат. *recreatio* – восстановление) имеет несколько толкований. Первое толкование связано с восстановлением сил, психологическим и эстетическим комплексом физически и духовно оздоровительных технологий, осуществляемых с целью «выравнивания» гармоничного эмоционального самочувствия. Понятие охватывает многие виды отдыха со смыслом: санаторно-курортное лечение, спортивный туризм, любительский спорт и путешествия, рекреационное рыболовство, фотографирование природных и городских пейзажей, уединение в особенной эстетической среде.

Иногда рекреацией называют помещения или специально отведенные места, где человек может проводить свободное время. Такие места называются рекреационными объектами. Территории, на которых находятся рекреационные объекты, называются рекреационными зонами, а совокупность природных морских, горных, парково-ландшафтных ресурсов, исторических и культурных объектов называют рекреационными ресурсами. Чаще всего в разных географических местах рекреационные зоны делятся на два вида: 1) рекреации, которые сложились исторически вследствие целебного климата и уникальных природных условий; 2) рекреации, которые образуются в настоящее время вокруг значимых рекреационных объектов.

Общими характеристиками рекреационных ресурсов являются: эстетика, живописность, уникальность, известность места или, наоборот, «скрытность от глаз», транспортная доступность или, наоборот, транспортная удаленность, специальная отдаленность рекреационного места, условия обслуживания, определяемые рекреационной инфраструктурой расположения объекта, возможность быть в уединении или в реабилитационных программах со специалистами рекреационных программ, парковых ритрит-терапевтов, ритрит-консультантов.

Большую роль метод паркового ритрита (MPR: PARKRITRITUS, Sibgatullina-Denis, März, 2005) способен играть в коррекции и лечении таких деконструктивных отклонений как самоотчуждение от полноценного бытия и/или выхолащивание эстетического восприятия, которые часто бывают свойственны людям, находящимся в депрессивных состояниях. Часто такие состояния, в свою очередь, связаны с внутренним течением внутренних болезней, недугов, приобретенных или врожденных дефектов или из-за стресса неожиданности приходящего заболевания и приобретения статуса инвалида (например, при ранних инсультах или ранних инфарктах). В этом случае, в программах паркового ритрита (MPR: PARKRITRITUS, Sibgatullina-Denis, März, 2005) включаются приемы валеологической эстетики. Участники программ приобретают дополнительный шанс осознать новую ценность смыслового ритрит-уединения, рекреации, условий первичной психологической самопомощи, наполненности уединения душевной «работой», творчеством, новым отношением к случившемуся. Есть время и место «замедлить» себя. Мысли про «там и тогда» трансформируются в мысли о «здесь и теперь», о парковой рекреации как естественном природном психотерапевте. Субъективно новым и объективно заданным становятся в применении метода:

- пространственная структура парковой среды, чему способствует зрительная система восприятия человека;
- эмоциональное отношение к природе и форме парковой среды, чему способствует эмоциональный резонанс, архитектурная, ландшафтная, эстетическая и предметная среда парка;
- рациональное, знаково-символическое значение парка;
- личное, эстетическое, духовное и одухотворенное и даже вдохновенное отношение к уединению, что способствует формированию и развитию индивидуальной философии паркового воздействия, уединения в рекреациях.

Если парковый ритрит используется в лечебной педагогике или психологических программах, то большое значение име-

ет, понимание человеком, на которого производится ритрит воздействие, смысла уединения и смысла единения. В данном случае речь идет о качественно новом для человека уединении или единении, терпеливо длительном уединении, уединении как целебном вдохновении, целебном одухотворении себя. Если подобные программы имеют место быть в условиях общих комплексных программ специальной педагогики или психологической реабилитации, поддержки, сопровождения, то, «настройка» на творческий «стиль» мысли, в котором уяснение правил внутреннего диалога, целебно-эстетическое переживание становится важным элементом и последующей основой индивидуальной или групповой психотерапии.

Подчеркнем, что метод паркового ритрита (MPR: PARKRITRITUS, Sibgatullina-Denis, März, 2005) носит не самобытный, а клинический, психологический или лечебно-педагогический характер. Из нашего опыта можно сказать, что наиболее откликающимися на воздействие методом паркового ритрита становятся клиенты, пациенты или воспитанники, которым присущи черты дефензивности, то есть пассивно-оборонительного реагирования на стресс, связанного с утратой привычного физического состояния или врожденным дефектом. Это реагирование на себя и свою ценность является полной противоположностью активной агрессивной оборонительности и часто сопровождается чувством неполноценности или малоценности. Своеобразны и формы поведения дефензивов: от ухода в глубокое молчание, «оранжерейную» склонность к невротической ломке, порой даже тормозимость, сочетание напряженности и застенчивости.

Метод паркового ритрита (MPR: PARKRITRITUS, Sibgatullina-Denis, März, 2005) весьма технологически невыразительный, но клиничко-реалистичный и эффективный, наполненный гуманизмом по отношению к человеку. Кстати, многие лечебно-педагогические школы, реабилитационные центры или клиники специально располагаются в рекреациях естественной природы и используют парковый ландшафт как специальную среду для использования программ ритрита.

Обратим внимание и на то, что парковый ритрит может стать возможностью найти свою «внутреннюю парковку» и обращаться к ней как к внутреннему ресурсу. Формирование, развитие и обогащение индивидуального внутреннего ресурса, в данном случае, способствует самовыражению человека в коммуникации с другими, с врачами и педагогами, психологами и психотерапевтами, а главное, с самим собой. Происходит неторопливое самоутверждение, принимается осознанная духовная индивидуальность, происходит ослабление астенического конфликта, появляется ощущение прилива природных сил и даже природной долговечности. По крайней мере, те, кто испытал метод на себе в восстановительных программах, об этом говорили.

Справедливо будет заметить, что ритрит используется в психотерапевтическом лечении людей, имеющих и физические, и психические отклонения. В европейских клиниках, практически в каждом месте больничных территорий, есть терренкуровые (от французского *terrain* — местность и *cours* — курс лечения) маршруты для разных групп пациентов. Как отмечалось выше, терренкур — это методика ритрита, которая осуществляется путем естественного физического упражнения ходьбой по определенному маршруту с целью физического и психоэмоционального восстановления. При преодолении таких маршрутов улучшается выносливость, регулируется деятельность опорно-двигательного аппарата, восстанавливается тонус сосудов, мышц, нервно-психического состояния, уственной деятельности. Наиболее часто в инклюзии встречаются парковые пространства с разработанными терренкуровыми маршрутами для реабилитационных пациентов после перенесенных физических и психоэмоциональных травм, инсультов и инфарктов миокарда, в случае лечения ожирения, при нарушениях пищеварительной системы и в случаях других патологий. Маршруты терренкура часто организуют в привлекательных ландшафтных местах, чтобы обеспечить связь с естественной природой, природой парка, даже если этот парк является частью территории клиники.

Но есть и иной взгляд на ритрит как на совершенно самостоятельную систему. Такой подход используется, например, экологами или экопсихологами. В этом случае, эталонная экосистема ритрита предполагает наличие визит-центров. Интересно то, что исследуя тему ритрита много лет, мы столкнулись с тем, что визит-центры чаще предлагают не курортологический или реабилитационный курс, а медитационный формат. С этим можно соглашаться или нет, но факт остается фактом, что и такое применение ритрита тоже имеется. Чтобы отличить одно от другого, используется и особое написание: ритрит с ударением на первый слог заменяется на ретрит с ударением на второй слог. Назначение ретрита — это чаще обучение теории и практике медитации, развитие мотивации следовать по пути саморазвития и самосовершенствования, но в особом смысле, не связанным с психологией, а связанным с духовными практиками. Главная функция ретрита — дать человеку возможность обучиться и практиковать медитацию в тихом и умиротворенном месте, вдали от цивилизации, ее вмешательства в повседневную жизнь. Можно назвать это прыжком от рационального к ... неизвестному о себе. Но есть кое-что и общее. В обоих случаях (и ритрита и ретрита) уединение рассматривается как двусторонние отношения человека в диалоге с самим собой. Например, с одной стороны, человек стремится к изменениям, но при этом в условиях ритрита (или ретрита) впервые осознает, что даже ни разу не формулировал себе к чему он собственно стремиться и как это может выглядеть наяву. Один пациент, как то сказал, что ритрит для него стал осознанием «половинчатости» своей жизни. Одна половина, связанная с картиной его болезни, была с ним, а вторая половина, связанная с картиной выздоровления, была им не осознана. И только после программ паркового ритрита он смог осознать «картину выздоровления» и, главное, следовать ей. С другой стороны, речь идет о психотерапевтическом эффекте ритрита. Имеется в виду такая ситуация, когда человек признает, что у него есть переживания или негативные мысли о себе, чувство своего

состояния. Он даже понимает, откуда они взялись и что могло их спровоцировать, но при этом, он развивает в себе завидную силу духа, чтобы отпустить то, что хочет отпустить навсегда.

В целом, парковый ритрит хорошо сочетается с психологической работой, которую люди проделывают в ходе психотерапии. Но ни в коем случае не заменяет психотерапию.

Для полного понимания и идентификации психологических возможностей ритрита, пожалуй, следует напомнить еще об одном явлении в поведении человека, которое с ним связано. Это ретритизм как форма девиации. Чаще в социологической, чем в психологической литературе встречается определение ретритизма как типа поведения, которое связано с отвержением одобряемых целей и институциональных средств жизни в обществе. Этот тип девиации можно было бы охарактеризовать как стремление к уходу от действительности, неприятие своего социального мира. Члены общества, обладающие такой ориентацией, не приемлют ни господствующих в сознании большинства социальных целей, ни социально одобряемых средств их достижения. Это люди «не от мира сего» — отшельники. Чисто статистически число таких индивидов не может быть велико в любом обществе, оно просто не в состоянии вместить в себя достаточно много «странных» людей. Обычно ретритисты представляют собой людей, отвергнутых обществом. Ими могут быть бродяги, алкоголики, наркоманы. Но не только. Если общество находится в состоянии аномии, к ретритистам могут примкнуть и те, кто переживает поток неудач, кто по разным причинам может быть «загнан в социальный тупик». В этом случае, причина ретритизма не только в личностных качествах человека, но и в самой институциональной нефункциональности и даже дисфункциональности, в итоге которого и совершается «бегство» человека из общества в особую рекреацию. В качестве примера современных форм ретритизма стал дауншифтинг. Это процесс добровольного отказа людей от демонстративного избыточного потребления, переход к экономному стилю жизни, а также неприятие карьеры, карьерной мо-

бильности в пользу осмысленных не менее трудоемких форм деятельности гармонично вписывающихся в индивидуальный экологический баланс человека.

3.7.

Интеллектуальная сказка как метод информального общения и психологического развития

В процессе реализации инклюзивных программ психологического развития детей с ограничениями здоровья мы часто можем наблюдать трудности педагогов и родителей, связанные с установлением контакта между детьми и взрослыми и организацией их продуктивного развивающего взаимодействия.

Одной из причин такого явления объективно выступают отличительные особенности детей с ограничениями здоровья, связанные со спецификой их физического, психического и эмоционального развития. Однако, на наш взгляд, большое влияние на процесс и результат взаимодействия оказывают выбранные педагогом/родителем конкретные методы и способы организации общения с ребенком. Ведь чаще всего взрослые выбирают формальные методы и технологии, которые в работе с детьми (и не только с ограничениями здоровья!) оказываются малопродуктивными. Мы предлагаем активно использовать информальные методы и технологии общения и развития. Поясним подробнее.

Наш мир сильно изменился и продолжает меняться. Формальное образование, или образование «по вертикали», которое получает человек, проходя ступени государственной системы образования в любой стране мира с соответствующими формальными технологиями и методами обучения и развития, уже не соответствует современным требованиям жизни в условиях измененного миропорядка. Ключевым аспектом повыше-

ния качества современного образования, в том числе детей с ограничениями здоровья, выступает информальное образование.

В Международной стандартной классификации образования, принятой на 36-й сессии Генеральной конференции ЮНЕСКО в ноябре 2011 года, под информальным образованием понимается неинституционализированное, неструктурированное образование, которое может включать учебную деятельность в семье, на рабочем месте, по месту жительства и в повседневной жизни, и его направленность определяется самостоятельно индивидуумом, семьей или социумом.

Информальное образование — это находящееся вне какой-либо формы образование, индивидуальная познавательная деятельность человека, сопровождающая его повседневную жизнь и не носящая целенаправленный характер, многообразие видов которого отражается во всех сторонах межличностного общения и в процессах активного индивидуального или группового общественного взаимодействия (Гордина О.В., Гордин А.И., 2010).

Ключевой характеристикой информального образования является его направленность «вглубь» человека, внутрь самого себя, свои смыслы жизни, профессионального обучения и личностного развития, человека, не утратившего интерес к познанию собственного внутреннего мира, способного при этом к критическому мышлению, глубокой рефлексии и постоянному поиску смысла собственных событий жизни (Сибгатуллина-Денис И., 2019).

Одним из методов информального общения родителей/наставников и детей, ориентированным на развитие способности самопознания ребенка, является интеллектуальная сказка.

Сказка — это один из самых интересных для ребенка и удивительных по информативности, а также силе эстетического и воспитательного влияния жанров в литературе. Однако сказка — это не просто интересные и поучительные истории, которые рассказывают или читают детям. С помощью сказки закладыва-

ются основы мировоззрения и мировосприятия ребенка, его будущая ментальность и нравственные ценности. А интеллектуальная сказка способна, кроме вышеперечисленного, активно влиять на развитие познавательного интереса, поддерживать в активном состоянии свойственный любому ребенку исследовательский инстинкт, и, что представляется нам особо ценным, — способствовать формированию индивидуального стиля мышления и интеллектуально-познавательной деятельности ребенка.

Интеллектуальная сказка — это авторский творческий продукт, специально написанный литературно-психологический текст, чтение которого имеет определенные образовательные и развивающие цели.

Предлагаем вашему вниманию отрывок из интеллектуальной авторской сказкой Венки Юневой «Небесные крендели», включающий главы «Небесные крендели из субботнего сна» и «Встреча с «ресничным» мальчиком».

Для справки. Венка Юнева — это псевдоним одного из авторов монографии — профессора, доктора психологии Ирены Сибгатуллиной-Денис.

Еще одну главу «Папин сон про грустного клоуна» из сказки Венки Юневой «Небесные крендели» можно прочитать на сайте Института интеллектуальных интеграций (www.rbs-ife.at/ru-stories), а полный аудиотекст сказки в ближайшее время будет размещен на сайте Radio.ru в Вене (www.radioru.at).

На предлагаемом отрывке мы сможем показать психологический и методический аспекты работы с интеллектуальной сказкой как методом инфомального общения и развития.

ОТРЫВОК ИЗ СКАЗКИ «НЕБЕСНЫЕ КРЕНДЕЛИ»

Автор: Венка Юнева

От автора – детям

Эту маленькую «предсонную» книжку я написала для умных детей. То есть для всех детей. Она о цветной стране снов взрослеющей девочки Ири.

Ири живет с папой-художником, доброй-предоброй голубоглазой мамой и веселой и счастливой сестренкой. Все они любят и доверяют друг другу так, как можно любить и доверять лету, вкусному бабушкиному пирогу или всему цветному...

В своем сне Ири знакомится с Софи – девочкой-художницей. Софи нарисовала много картин и развесила их в сне Ири. Этот сон был про красивый город, в котором всегда веет ветерок. В котором улицы синие, желтые, красные и голубые. Как обложки альбомов, в которых тоже были картины Софи.

Любимой улицей Ири была желтая. Там она познакомилась с шоколадной лошадкой, которая не послушала маму-лошадь и пришла в сон Ири в среду, хотя ее время – суббота.

В своих снах Ири подружилась с «ресничным» мальчиком, господином «Закрытая дверь», клоунами и тетей Ханчой...

Вместе с непредупрежденными наблюдателями, компанию которых возглавляла счастливая сестренка Ири, героиня «предсонной» книжки узнает много нового...

Итак, Ири видит сны...

* * *

Небесные крендели из субботнего сна

...Сон был про летний полдень, в котором было томительно жарко. Темные облака на западе – собирается гроза. Черная арка тучи быстро растет. На некотором расстоянии за ней небо показалось Ири почти чистым; у переднего края тучи окаймлены перистыми облаками с красочными поперечными полосками.

Ири заметила, что тучи покрыли все небо в её сне и проходят над ней, вызывая трепет раскатами грома. Внезапно начинается ливень, становится холоднее. «Ну и ну! Вот это сон! Может быть, проснуться?..», – подумала Ири.

Но солнце, уже низко у горизонта, показывается снова, и на фоне уходящей на восток грозы в субботнем сне Ири появляется широкая многоцветная радуга.

Ири уже читала, что когда бы радуга ни возникла, она всегда образуется из-за игры света на каплях воды. Но Ири всегда хотела спросить папу и мамину коллегу профессора, можно ли видеть полную окружность радуги, а не только дугу? Вот было бы величественное зрелище. Но и папа, и профессор сказали, что если и можно увидеть такое, то только во сне. Но ум Ири не успокаивался: «...А если с самолета?.. или воздушного шара?.. Спрошу у непредупрежденных наблюдателей, иногда они отвечают на вопросы весьма необычно и неожиданно. А еще попрошу маму напеть её старинную песенку:

Как средь прозрачных облачных пелен,
Над луком лук соцветный и сокружный,

.....

И образован внутренним наружный...

Ири показалось сейчас, что мамина песенка про радугу, но необычную, а полную, окружную.

* * *

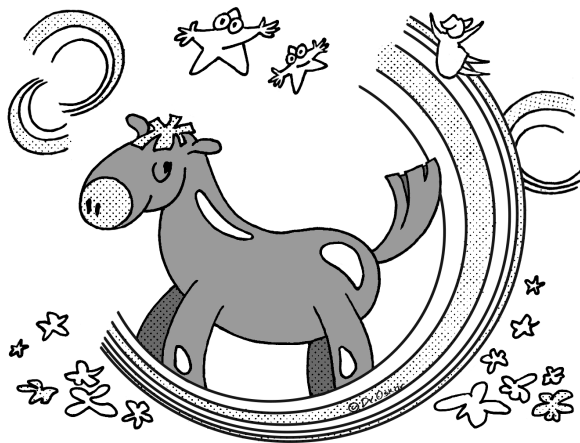
Субботний сон Ири делился на дневной и ночной. Радуга была и там, и там. Ири заметила, что порядок цветов в её радугах всегда один и тот же: красный, оранжевый, желтый, зеленый, голубой, синий, фиолетовый.

А умная и наблюдательная шоколадная мама-лошадь, которая всегда приходила в сон Ири по субботам, сказала, что внутри фиолетовой дуги часто видимы «вторичные радуги».

Вот это да! Конечно же, Ири видела это сейчас. Вторичные дуги ей были видны лучше всего там, где радуга всего ярче – близ её наиболее высокой точки. Ири заметила, что обычно в них чередуются розовый и зеленый цвета.

Но самое фантастическое заметила шоколадная лошадка, которая пришла в субботний сон Ири вместе с мамой-лошадью. Порядок цветов во второй радуге оказался совершенно обратным порядку в первой.

А еще Ири и шоколадная лошадка довольно долго обсуждали, почему вторая радуга была совсем неяркой.



Ири так поразились всему этому, что тут же позвала непреду-
прежденных наблюдателей в свой сон. Они прибежали и сказали
ей, что умеют такие небесные крендели делать сами. Небесными
кренделями они назвали радуги. «Какое прекрасное название мое-
му сну», – подумала Ири и еще раз порадовалась, что никто еще не
успел предупредить детей о природном явлении радуги.

Но как возможно делать радугу самим? Ири, шоколадная ло-
шадка и мама-лошадь только переглянулись...

– Может быть, мы спросим у детей, как они это делают? –
предложила мама-лошадь. И Ири спросила.

– А вот как! – восторженно закричала счастливая сестренка.
Схватила садовый шланг и направила на круглый металлический
диск обычного бабушкиного садового таза.

Вода начала разбрызгиваться на мелкие капли. И все увидели
разноцветные небесные крендели. Ири в этот момент подумала,
что её сестренка – маленькая волшебница и радуга ей доверяет
себя.

* * *

Встреча с «ресничным» мальчиком

У каждого в детстве есть любимая книжка. У Ири это была книга про цветик-семицветик*. «Лети, лети, лепесток, через запад на восток, через север, через юг, возвращайся, сделав круг. Лишь коснешься ты земли — быть по-моему вели! Вели, чтобы я встретила сегодня что-то такое, что я еще не понимаю, не знаю и не чувствую», — шепнула себе Ири.

Она повернулась с боку на спинку, аппетитно зевнула, потом еще раз зевнула и хихикнула. Ну, и заснула...

Ей снился какой-то поезд, может быть, поезд метро. Ири не знала, когда ей выходить. Она рассматривала карту станций, но поскольку не понимала язык страны, в которой оказалась, она все время крутила головой, надеясь узнать свою станцию через окно. И вдруг... «Лети, лети, лепесток, через запад на восток, через север, через юг, возвращайся, сделав круг. Лишь коснешься ты земли, быть по-моему вели! Вели, чтобы эта девочка нашла свою станцию и перестала крутить головой», — это говорил мальчик с красивыми черными ресницами и «теплым» голосом.



*Здесь упоминается сказка советского писателя Катаева В. П. «Цветик-семицветик».

«Станция! Моя!» – Ири узнала ее по мозаике на стене. Она вышла, даже выбежала, чтобы успеть, пока двери открыты. Спиной Ири почувствовала, что «ресничный» мальчик идет за ней. Она – направо, и он – направо. Она – на эскалатор, и он за ней.

«Мама! Папа! Я боюсь, мне страшно. Куда я приехала? Почему «ресничный» мальчик идет за мной?» – думала Ири.

В этот момент он дотронулся до ее спины и попросил: «Лети, лети, лепесток, через запад на восток, через север, через юг, возвращайся, сделав круг. Лишь коснешься ты земли, быть по-моему вели! Вели, чтобы девочка не боялась и повернулась ко мне».

В этот момент Ири как будто бы закружил ветер. Вихрь! Она закружилась в ветреном венце, виртуозном танце, вечном вальсе, веселом небесном кренделе. «Ух! Даже устала!» - подумала Ири.

Ири приземлилась прямо перед мальчиком с «теплым» голосом.

– Ты Ири?

– Нет, – решила поиграть она.

– Ты уже не боишься меня?

– Боюсь, еще как! Вдруг ты меня съешь?

– Съем?! Конечно, съем! Как мороженое с ванильным сиропом!

– Вряд ли оно будет с ванильным, скорее, с горчицей. Папа говорит, что иногда я бываю хорошей занудой.

– Вот как? Тогда я съем тебя как мюнхенскую колбаску с горчицей.

Ири расхохоталась так, что сама не ожидала. Она представила себя колбаской с горчицей и мальчика, который все это съедает за один раз.

«Нисколько не страшный сон, – Ири проснулась и подумала. – Ой, я ведь даже имя его не спросила».

«Лети, лети, лепесток, через запад на восток, через север, через юг, возвращайся, сделав круг. Лишь коснешься ты земли, быть по-моему вели! Вели, чтобы я вернулась в этот сон. Пожалуйста, дорогой лепесточек!» ...

Как мы уже сказали, интеллектуальная сказка имеет определенные особенности и целевое назначение. Смысл и назначение интеллектуальной сказки «Небесные крендели» вы поняли

из отрывка «От автора — детям», — это развитие познавательного интереса и формирование различных способов интеллектуальной мыслительной деятельности ребенка.

Методика работы с интеллектуальной сказкой предполагает ее чтение взрослым ребенку. Перед непосредственным чтением сказки ребенку взрослому необходима тщательная предварительная подготовка, которая предполагает выполнение следующих шагов:

- предварительное чтение предисловия от автора интеллектуальной сказки;
- выделение смысловых и эмоциональных акцентов, заложенных автором в тексте сказки в целом и в конкретном отрывке;
- первичное чтение отрывка полностью;
- определение смысловых акцентов в соответствии с профилем способностей и уровня развития ребенка.

Таким образом, перед непосредственным чтением сказки ребенку взрослому необходимо внимательно ознакомиться с текстом, определить смысловые и эмоциональные акценты, продумать интонации и выразительность чтения, выделить места для логических пауз, а также, что очень важно, определить места, где будут сделаны эмоциональные паузы и паузы для размышления. В ходе подготовки к чтению также нелишним будет принять во внимание индивидуальные психологические особенности ребенка (например, преобладание у ребенка аудиального, визуального или кинестетического типа восприятия, тип темперамента и т.п.) и физиологические аспекты, связанные с ограничениями здоровья.

После прочтения отрывка из сказки проводится активное обсуждение прочитанного с ребенком в процессе неформального общения. Для организации продуктивного совместного обсуждения также необходима предварительная работа, включающая в себя составление смысловых вопросов для стимулирования рефлексии, креативности, «западающих» мыслительных операций и психических функций ребенка и др.

Взрослому необходимо уметь продуктивно разговаривать с ребенком, проводить с ним совместные обсуждения, задавать правильные вопросы. Обращаем ваше внимание, что очень важно при этом, чтобы совместные обсуждения не столько давали ответы, сколько ставили вопросы. И здесь для примера нам вспоминаются любимые вопросы выдающегося педагога Л.В. Занкова, которые он рекомендовал чаще задавать детям: «Что думаете, дети? О чем молчите?»

Следующим этапом работы с интеллектуальной сказкой является выделение наиболее ярких и понравившихся фрагментов текста и их иллюстрирование детьми. Обращаем ваше внимание, что в тексте сказки автором заложено, где могут быть иллюстрации. Однако мы не рекомендуем настаивать на том, чтобы ребенок проиллюстрировал именно эти фрагменты. Гораздо интереснее и продуктивнее будет предоставить ему абсолютную свободу в выборе фрагмента/фрагментов для рисования.

Еще одним возможным этапом работы со сказкой может стать последующий анализ детских иллюстраций совместно с психологом. В этом случае предоставленный ребенку выбор фрагмента для иллюстрирования поможет психологу в анализе индивидуальных особенностей ребенка, его потребностей, познавательных интересов и т.п.

Предложенная в данном параграфе неформальная технология работы с интеллектуальной сказкой позволяет создать для ребенка с ограничениями здоровья специальную развивающую среду, в которой ребенок шаг за шагом в симфоническом взаимодействии со взрослым сможет познавать новое, приходить к пониманию сути интересующих его явлений и процессов, учиться со смыслом и поиском новых вопросов и ответов. «Симфонические принципы» организации совместной и самостоятельной познавательной деятельности ребенка с ограничениями здоровья выступают как превенция диссинхронии его психического развития.

Для «глубинного» понимания сути информального общения и взаимодействия предлагаем вам к изучению, размышлению и осмыслению такие темы как: «Педагогика со смыслом», «Мужество быть наставником ребенка с ограничениями здоровья», «Философия наставничества», «Логопедагогика Виктора Э. Франкла, основателя третьей венской психотерапевтической школы».

3.8.

Поддержка и сопровождение развития детей с помощью хирофонетической терапии в Вальдорфской школе города Зальцбурга. Из практики Натальи Харитоновой

Хирофонетика — это терапия с помощью звуков речи терапевта и одновременного нанесения им прикосновением рук к коже пациента, формы воздушного потока, который образуется при произнесении определённого звука в ротовой полости говорящего. Этот терапевтический метод был разработан Альфредом Бауром (1925-2008) — австрийским доктором философии и речевым терапевтом, на базе антропософии Рудольфа Штайнера, почти 50 лет назад, для лечения не говорящего ни одного звука трёхлетнего мальчика.

Слово «хирофонетика» означает, что руками [древнегреческий *cheir* — рука и *phon* — тон голоса, звук] звук будет перенесён на тело человека. Об этом Альфред Баур написал книгу «Учение о звуках и действии Логоса» (1989), где он подробно описал основы действия хирофонетики. Эта книга стала теоретической основой для изучения практики новой речевой терапии в Школе хирофонетики, основанной и руководимой Альфредом Бауром вплоть до его смерти, и продолжение работы которой осуществляют и сейчас его ученики. Хирофонетика

позволяет человеку, её воспринимающему, ощутить могучую силу, заключённую в каждом звуке нашей речи, когда терапевт их произносит и наносит соответствующие «штрихи» на спину, руки или ноги пациента. Человек слышит произнесённый звук и одновременно ощущает своей кожей движение, воспроизводящее форму воздушного потока, наносимого руками терапевта. Это приводит к опыту звукового и телесного восприятия, которое одновременно расслабляет человека и пробуждает его внимание. Каждый звук действует с его особым качеством на целостный организм пациента: один звук — пробуждающе, другой — успокаивающе или освобождающе.

Области применения хирофонетики. Эта терапия применяется для содействия речевому и общему развитию, при потере речи или заикании; при душевных и психосоматических недугах, например, беспокойство, страхи, нарушение внимания; при травмирующих переживаниях; для сопровождения медикаментозного лечения хронических заболеваний (в совместной работе с врачом), например, астма, аллергия, эпилепсия, хроническая усталость и нарушения сна и другие.

Практика хирофонетики в Вальдорфской школе Зальцбурга (Австрия). Рассказывает Наталья Харитонова.

«...Как преподаватель русского языка Вальдорфской школы, я присутствовала на учительской конференции, на которой происходило обсуждение проблем развития у мальчика-первоклассника, и встал вопрос, как помочь этому ребёнку получить хирофонетическую терапию. В Зальцбурге тогда еще не было таких терапевтов, но они были в городе Линце. Нам было ясно, что родители ребёнка не смогут его регулярно возить на терапию в другой город. Этот случай побудил меня принять решение об обучении этой терапии в Школе хирофонетики в Линце, где я с 2001 по 2008 гг. закончила своё терапевтическое образование с дипломом, позволяющим мне в сотрудничестве с врачом проводить хирофонетическую терапию и инструктирование родителей детей по применению необходимых их ребёнку звуков и способа их практического использования дома в терапевтических целях.

Приведу пример из моей хирофонетической практики в Вальдорфской школе.

Роман, семилетний ученик первого класса, выделялся среди одноклассников своим замедленным речевым развитием и сильным заиканием. Мальчик родился и рос в двуязычной семье: мама – немецкоязычная, а папа – англоязычный и почти не говорящий по-немецки. Мама ребёнка вскоре после его рождения должна была приступить к работе, а папа взял декретный отпуск и ухаживал за ребёнком. В результате ребёнок, правда, с опозданием, но заговорил на английском языке. В три года он начал посещать детский сад с детьми, говорящими по-немецки. Воспитательница потребовала, чтобы ребёнок начал говорить по-немецки, сказав ему, что если он не будет говорить по-немецки, то дети не будут с ним играть. Это оказало на мальчика столь травмирующее действие, что в течение года после этого случая он вообще не произнёс ни одного слова, ни на одном из языков родителей. Медики в это время поставили ему диагноз – мутизм. О посещении детского сада речь уже не шла. Благодаря многолетнему лечению у логопеда, Роман снова сумел заговорить, на этот раз уже по-немецки, но он начал очень сильно заикаться и упорно отказывался от продолжения занятий с логопедом. В школе Роман проявлял себя как умный, «солнечный» и очень подвижный жизнерадостный ребёнок. Он был любим его одноклассниками. Но в разговоре перед ним всё время стояла преграда – очень сильное заикание. В середине учебного года классный учитель посоветовал маме мальчика попробовать лечение нарушения речи ребёнка с помощью хирофонетики. Так он попал ко мне на терапию. Из предваряющего терапию разговора с мамой выяснилось, что кроме заикания, у ребёнка есть и другие проблемы: слишком беспокойный ночной сон и страхи. Обсудив проблемы ребёнка также со школьным врачом, я начала проводить терапию для ребёнка в школе один раз в неделю. А мама, которую я проинструктировала и практически обучила необходимым для её ребёнка звукам и форме штрихов для них, делала их мальчику дома ежедневно. Первой нашей целью в терапии было устранение проблем со сном. Для этого мы работали со звуковым рядом «Л-АОУМ», который мама проделывала сыну перед сном и который «дарил» ему обволакивающий звуковой колокол на всю ночь. Уже через два месяца ребёнок всю ночь мог беспробудно спать в своей кроватке.

ти. Его невероятно сильные движения во сне — вплоть до падения с кровати — тоже исчезли. После месячной паузы в терапии из-за заболевания мальчика ветрянкой, мы продолжили курс лечения, но уже с другой целью. На первом месте теперь стояло мужество в речи и свободно текущая плавная речь. На помощь нам пришли звуки «Л-И» с коротким поэтичным текстом, в котором речь шла о мужестве и уверенности в себе. Звуки произносились очень медленно и также медленно выполнялись штрихи на теле. Кроме того, мы использовали слог «ЛУМ» в особой форме, ступенчато охватывающей всё тело ребёнка от плечей до ступней, и помогающей ему одновременно чувствовать и звуковой поток, и всё собственное тело. В конце первого класса заикание Романа на отдельных звуках было уже едва заметно. Классный учитель отмечал, что мальчик уже без страха может высказать свою мысль в классе, ответить на какой-то вопрос или прочитать наизусть короткое стихотворение. Его место в кругу одноклассников тоже изменилось — он стал, практически, его центром: его все любили, уважали, к его мнению прислушивались. После летних каникул и естественной паузы в терапии мы работали с Романом ещё два месяца, чтобы закрепить уже достигнутые ранее результаты. Осенью мы закончили для него сеансы хирофонетики, потому что ребёнок полностью обрёл плавную речь и больше совсем не заикался.

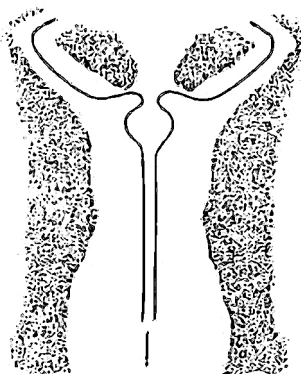


Рис.: Хирофонетика — форма для звука «Л»

Другой пример – хирофонетическая помощь детям с задержкой смены зубов.

«...Качаются зубы – качается душа.

... Застревает смена зубов – застревают душа.

Выпавший молочный зуб ребёнка – это для него большая радость, подтверждающая, что он совершил необходимый шаг в своём развитии и готов к новой ступени своей жизни – школьному обучению. Но не всегда это происходит своевременно и без проблем. В нашей Вальдорфской школе города Зальцбурга, по традиции, во втором семестре учебного года, каждого второклассника обследует антропософский зубной врач доктор Хаупт. Это же произошло и в начале 2017 года. У двух учеников второго класса врач установил задержку в смене зубов. Классная учительница посоветовала одной из мам этих двух детей обратиться ко мне и спросить, нельзя ли ребёнку помочь преодолеть эту проблему с помощью хирофонетики. В предваряющем терапию разговоре с мамой я узнала, что у её сына Симона четыре постоянных передних зуба наверху уже почти пробились сквозь десну, но молочные зубы прочно держатся на своих местах и не хотят выпадать, освободив место новым зубам. Мама рассказала, что уже два зубных врача советовали удалить ребёнку молочные зубы. И сейчас при обследовании зубов в школе уже третий доктор сказал то же самое – удалять. Но и мать и сын очень хотели бы избежать оперативного удаления зубов, потому-то и возник вопрос: можно ли с помощью хирофонетики повлиять на ход смены зубов? Подобный вопрос был обращён ко мне и раньше от родителей, чьим детям нужна была хирофонетическая терапевтическая помощь в процессе динамики смены зубов. Так, пару лет назад, мы с мамой одного второклассника «проводили» хирофонетическую терапию: я в школе, а мама – дома. И нам удалось за пару месяцев импульсировать смену зубов у ребёнка. Аналогичный случай повторился потом и с сыном моей школьной коллеги: примерно через три месяца терапевтической работы у мальчика началась быстрая смена зубов.

При выборе пути терапевтического лечения нужно было учесть несколько основополагающих аспектов в понимании связей процесса смены зубов с целостным развитием организма ребёнка. Во многих циклах педагогических докладов Рудольф Штайнер обращал внимание на то, что процесс образования зубов не должен

рассматриваться изолированно. Силы, созидающие постоянные зубы, выполнив эту задачу, трансформируются в душевные силы, дающие возможность в мышлении развиваться представлениям. Но если уже в дошкольном возрасте интеллект ребёнка будет сильно перенапряжён, то тем самым у тела ребёнка будут «отняты» жизненные силы. Из этих же педагогических докладов мы также знаем, что на образование зубов можно оказать влияние, если пальцы рук и ног сделать умелыми и ловкими. В хирофонетике мы имеем возможность делать формы звуков также на пальцах рук и ног и тем самым помогать пальцам стать более ловкими и умелыми, а через это и повлиять на процесс образования зубов. Если у ребёнка задерживается процесс смены зубов, то это проявляется также в том, что ребёнок слабо концентрирует своё внимание. Из-за этого могут возникать и трудности в учёбе. В таких случаях в качестве медикамента дают ребёнку потенцированный магний. Известно, что при горении магния возникает яркий свет. Такую же функцию, как магний, в хирофонетике исполняют взрывные звуки — они «взрывают» материю и впускают вовнутрь яркий свет. Например, можно использовать звуки «К» или «П». Но прежде всего, должны быть укреплены жизненные силы ребёнка. В хирофонетической терапии задержки смены зубов у Симона именно эту цель мы поставили себе, как первоочередную. Терапию мы начинали со звукового ряда (Л-У-М) в особой четырёхступенчатой форме — от плечей до ступней, чтобы укрепить жизненные силы ребёнка. Затем, чтобы усилить внимание мальчика к его собственному «Я» и его связи со своим Ангелом, на спине ребёнка мы наносили штрихи, соответствующие звукам его имени и добавляли к нему фразу: «Ты — Симон, твой Ангел любит тебя». Имя ребёнка произносилось очень медленно, и на кожу наносились штрихи, соответствующие каждому отдельному его звуку (С-И-М-О-Н). Дополнительная к имени фраза произносилась при беззвучном нанесении руками форм звуков (Л-И). А завершали мы сеанс, делая ему на пальцах ног звук «П», чтобы взрывной силой этого звука вытолкнуть наружу его молочные зубы. Мама Симона присутствовала на всех моих терапевтических сеансах. При этом она могла наблюдать, какова должна быть атмосфера в окружающем пространстве, каково настроение, какие приёмы важны при этой терапии и как на неё реагирует ребёнок. Кроме того, в дополнительное время, после сеанса терапии без присутствия её сына,

я проделывала на её теле те же звуки, которые были выбраны для мальчика, чтобы дать ей возможность самой ощутить на себе влияние тех или иных звуков. Затем я инструктировала маму по технике исполнения каждого отдельного звука, необходимого для её ребёнка, тренировала её в практике нанесения штрихов на тело. Только после этого она могла приступить к самостоятельной хирофонетической работе с ребёнком дома. Мы проводили терапию для Симона вместе с его мамой с конца февраля по конец июня с двумя паузами от 10 до 14 дней – одна из-за заболевания ребёнка скарлатиной, другая – из-за двухнедельных Пасхальных каникул – то есть, в общей сложности чуть больше трёх месяцев. Я проводила сеансы раз в неделю в школе, а мама в течение марта ежедневно делала ему те же звуки дома. В дальнейшем, чтобы не перегружать маму, мы договорились с ней, что она будет делать сыну звуки дома два-три раза в неделю. В общей сложности ребёнок побывал у меня на сеансах хирофонетики одиннадцать раз. В мае классная учительница Симона сообщила мне, что она видит у него позитивные изменения на уроках в классе: он стал более уравновешенным, лучше слушает объяснения учителя, проявляет больше открытости и интереса к происходящему на уроке. Из этих наблюдений учительницы можно сделать вывод, что наша хирофонетическая терапия дала, так сказать, дополнительный эффект, проявившийся в учебном процессе. Ведь в хирофонетической терапии для Симона мы не ставили себе цели, связанной с учебным процессом.

Но смена зубов к этому времени у Симона ещё не началась. Затем настали летние каникулы, а вместе с ними и долгая пауза в терапии. С последнего сеанса терапии в школе прошло шесть недель, и в середине августа я получила от мамы Симона такое письмо: «Дорогая госпожа Харитонова! Мы обещали, что как только у нас что-то произойдёт, мы сообщим вам об этом. Это случилось! В последние дни у моего сына из четырёх молочных зубов выпали два, а третий так качается, что он тоже может в любой момент выпасть!!! Без зубного врача – без уколов и операций!!! Это терапевтическое лечение, старание, терпение и выдержка оправдали себя, и мой сын очень счастлив!!!» Я написала ей в ответ, что я тоже очень счастлива, потому что молочные зубы ребёнок потерял естественным образом – они выпали сами. За хирофонетику мы благодарим доктора Алтфреда Баура. А старание, терпение и выдержка – это те

качества, которые проявили мы все втроём — мама, ребёнок и я, как терапевт. Но без помощи Ангела-Хранителя ребёнка, без помощи и содействия природы сущности звуков эта терапия не имела бы своей силы!

*Имена детей, описанных здесь, по этическим соображениям изменены. В них оставлены лишь начальные буквы их реальных имён».

Литература по главе 3

1. Башина В.М. Аутизм в детстве. М.: Медицина, 1999.
2. Бехтерев В.М.. Первоначальная эволюция детского рисунка в объективном изучении. СПб., 1910.
3. Битянова М.Р. Организация психологической работы в школе. М.: Совершенство, 1997. 298 с.
4. Болдырева Ю.Н. Рисунки ребенка как материал для изучения. М., 1990.
5. Боскис Р. М. Учителю о детях с нарушениями слуха: Кн. для учителя. М.: Просвещение, 1988. 128 с.
6. Венгер Л.А. Развитие восприятия в дошкольном детстве // Формирование восприятия у дошкольников / Под ред. А.В. Запорожца. М., 1968.
7. Власова Т.А., Певзнер М.С. О детях с отклонениями в развитии. М.: Просвещение, 1973.
8. Выготский Л.С. Воображение и творчество. М., 1992.
9. Выготский Л.С. Развитие высших психических функций: Из неопубликованных трудов. М., 1960.
10. Дмитриева Т.П. Организация деятельности координатора по инклюзии в образовательном учреждении: Метод. пособие. М.: Центр «Школьная книга», 2010. 84 С.
11. Ефремова Т. В. Эффективные технологии работы с детьми, имеющими тяжелые нарушения речи / Т.В. Ефремова, Е.В. Кузнецова, И.Е. Тетерева // Инновационные тенденции развития системы образования : материалы VI Междунар. науч.-практ. конф. (Чебоксары, 19 февр. 2017 г.). Чебоксары: ЦНС «Интерактив плюс», 2017. С. 191-194.
12. Запорожец А.В. Восприятие и действие. М., 1967.
13. Захарова Л. Н. Психологическая подготовка педагога. Н. Новгород, 1993.
14. Земцова М. И. Учителю о детях с нарушениями зрения. М.: Просвещение, 1973. 159 с.
15. Инденбаум Е.Л. Дети с задержкой психического развития: учеб. пособие для общеобразоват. организаций / Е.Л. Инден-

- баум, И.А. Коробейников, Н.В. Бабкина. М.: Просвещение, 2021. 47 с.
16. Китик Е.Е. Дети с тяжелыми нарушениями речи: учеб. пособие для общеобразоват. Организаций / Е.Е. Китик, Л.Е. Томме. М.: Просвещение, 2021. 48 с.
17. Колчина Т., Сибирякова И. Лоцман по жизни. Казань. 2011. 275 с.
18. Коробейников И.А. Дети с интеллектуальными нарушениями: учеб. пособие для общеобразоват. организаций / И.А. Коробейников, Е.Л. Инденбаум. М.: Просвещение, 2021. 47 с.
19. Королева Ю.А. Факторы семейного воспитания в детерминации общения детей и подростков с интеллектуальными отклонениями в развитии // Научно-методический электронный журнал «Концепт». 2014. № 6. С. 36-40. URL: <http://e-koncept.ru/2014/14144.htm>
20. Кроткова А.В. Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата: учеб. пособие для общеобразоват. организаций / А.В. Кроткова, В.В. Сатары. -3-е изд. М.: Просвещение, 2021. 47 с.
21. Кудрина Т.П. Дети с нарушением зрения: учеб. пособие для общеобразоват. организаций / Т.П. Кудрина, А.А. Любимов, М.П. Любимова. М.: Просвещение, 2021. 95 с.
22. Левченко И.Ю., Киселёва Н.А. Психологическое изучение детей с нарушениями развития. М.: Национальный книжный центр, 2016. 160 с.
23. Мерзон Е., Рябов О.Р. Резонансные механизмы брендинга территорий в системе DUDR: умный университет - умный регион // Визуальная антропология – 2019. Город-университет: жизненное пространство и визуальная среда: материалы III Международной научной конференции, 28-30 августа 2019 г., Великий Новгород / под редакцией С. С. Аванесова, Е. И. Спешиловой. Великий Новгород: Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, 2020. С. 430-438. URL: <https://www.novsu.ru/VisualAnthropology/Proceedings/i.1607645/?id=1609499>

24. Мухина В.С. Генезис изобразительной деятельности ребенка. Докт. дисс. М., 1972.
25. Насибуллина А.Д. Организация психолого-педагогического сопровождения обучающихся с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования // Научно-методический электронный журнал «Концепт». 2016. Т. 20. С. 57–60. URL: <http://e-koncept.ru/2016/56326.htm>
26. Никольская А.С. Дети с расстройствами аутистического спектра: учеб. пособие для общеобразоват. организаций / О.С. Никольская С.А. Розенблюм. М.: Просвещение, 2021. 43 с.
27. Особенности сопровождения ребёнка с ОВЗ в условиях реализации ФГОС [Электронный ресурс]. URL: <http://logoportal.ru/statiya-12940/html>
28. Педагогика и психология инклюзивного образования: учебное пособие / Д.З. Ахметова, З.Г. Нигматов, Т.А. Челнокова, Г.В. Юсупова и др. Казань: Познание, 2013. 204 с.
29. Пиаже Ж., Инельдер Б. Генезис элементарных логических структур: Классификация и серпация. М., 1969.
30. Рубинштейн С. Я. Психология умственно отсталого школьника: Учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. №2111 «Дефектология». М.: Просвещение, 1986. 192 с.
31. Рябов О.Р. Влияние городского пространства на поведение человека // VIII научно-практическая конференция «Архитектура и инженерные системы в общественных зданиях» (ModernEngineeringSystems- MES). Казань, 2014. С. 237-245.
32. Рябов О.Р. Эмоциональное восприятие городского пространства и его влияние на криминальную безопасность // Вестник ВЭГУ. 2015. № 3(77). С. 43-49.
33. Рябов О.Р. Эстетическое восприятие архитектурной среды в аспекте инклюзивного образования // Преимущественная система инклюзивного образования: Материалы четвертой международной научно-практической конференции, 3-5 февраля 2016г. Казань, 2016. С. 66-68.
34. Рябов О.Р., Николаева И.В. Эмоциональное восприятие архитектурной среды. Известия КГАСУ. 2016. № 3 (37). С. 62-67.

- 35.Рябов О.Р., Сибгатуллина И.Ф. Социально-психологические аспекты архитектурной среды Вены // Архитектура и строительство России. 2018. №12. С. 67-75. URL: http://www.asrماغ. ru/4-2018/Blok_1-120ASR-4-2018_Ryabov-Sigbatullina.pdf
- 36.Рябов-Раифф О. Многовекторность европейских интеграционных процессов в образовании как фактор устойчивости инновационной экономик. В кн.: М.Е. Родионова (ред.), Европа перед вызовами начала XXI века. М.: КНОРУС, 2017. С. 211-219.
- 37.Сеченов И.М. Элементы мысли. СПб.: Питер, 2001. 160 с.
- 38.Сибгатуллина И.Ф. Диссинхрония психического развития интеллектуально одаренных детей и подростков // Автореферат дисс... докт. психол. н. Казань; Сочи, 2002. 18 с.
- 39.Сибгатуллина И.Ф. Концепция диссинхронии психического развития одаренных. Ретроспективное эхо // Образование, устремленное в будущее. Социально-когнитивные исследования молодежной среды и компьютерные технологии обучения / Д.Ш. Сулейманов, Д.М. Шакирова, М.А. Чошанов, Г.А. Рудик, И.Ф. Сибгатуллина и др. / Под ред. Д.М. Шакировой. Казань: Изд-во «Фэн» Академии наук РТ, 2016. 260 с. С. 103-118.
- 40.Сибгатуллина И.Ф. Психологическая безопасность, культура и качество жизни в мегаполисе. Казань: Новая школа, 2008. 96 с.
- 41.Сибгатуллина И.Ф. Пять шагов интеллектуальных интеграций в международное развитие специального образования // Вестник ВЭГУ. 2016. № 1(81). С. 166-169.
- 42.Сибгатуллина И.Ф. Современный анализ формирования концепции диссинхронии психического развития одаренных // Вестник тувинского государственного университета. Педагогические науки. 2015. Выпуск 4. С. 20-30.
- 43.Сибгатуллина И.Ф. Феномен диссинхронии жителей мегаполиса и резонансная основа «Park-rit-rit-method» в его регуляции // Международная научно-практическая конференция «Дизайн и архитектура в современном социокультурном

- пространстве» (Уфа, 15-17 мая 2018 г.): сборник материалов. Уфа, 2018. С. 321-327.
44. Сибгатуллина И.Ф., Грюссель С., Камчатка Е.Л., Васина В.В., Потапова В.В. Открытые уроки психологической мастерской доктора Сибгатуллиной. Казань: КГУ, 2006.
45. Сибгатуллина И.Ф., Мерзон Е.Е., Теряева С.А. Региональные стратегии информального образования в системе мирового бенчмаркинга // Человеческий потенциал Центрально-Азиатского региона: перспективы развития. [Электронный ресурс]: Материалы Всероссийской науч.-практич. конференции с межд. участием (Кызыл, 15–18 сентября 2020 г.) / Отв. ред. З. Т. Голенкова; ФНИСЦ РАН. М.: ФНИСЦ РАН, 2020. С. 43-49. URL: https://www.fnisc.ru/index.php?page_id=1198&id=8450
46. Сибгатуллина И.Ф., Нугуманова Л.Н. Информальное образование и бенчмаркинг в системе обучающихся городов // Визуальная антропология – 2019. Город-университет: жизненное пространство и визуальная среда: материалы III Международной научной конференции, 28–30 августа 2019 г., Великий Новгород / под редакцией С. С. Аванесова, Е. И. Спешиловой. Великий Новгород: Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого, 2020. С. 489-499. URL: <https://www.novsu.ru/VisualAnthropology/Proceedings/i.1607645/?id=1609499>
47. Сибгатуллина И.Ф., Рябов О.Р. Диссинхрония психического развития современного человека как проблема соразмерности / И.Ф. Сибгатуллина, О.Р. Рябов // Антропологическая соразмерность: сборник науч. статей / Отв. редактор В.И. Курашов. – Казань: Казанский государственный технологический университет, 2010. С. 57-63.
48. Сибгатуллина, И.Ф., Гильмеева, Р.Х. Одаренный ребенок в развитии, общении, учении, или что можно сказать об одаренности сегодня. Казань: Медицина, 1997. 284 с.
49. Сибгатуллина, И.Ф., Махмутов, М.И., Нигматов, З.Г., Вилькеев, Д.В. и др. Актуальные проблемы современного образования. Часть 3.5. О развитии интеллектуально одаренных

- детей и подростков в аспекте диссинхронии / Под ред. М.И. Махмутова. Казань, 2001. 420 с.
50. Сибгатуллина, И.Ф., Рябов, О.Р., Теряева, С.А., Лушпаева, И.И., Исрафилова, Г.А. Особенности диссинхронии развития и психологическая безопасность одаренных // Образование и саморазвитие. Казань, 2009. №4. С. 186.
51. Сибгатуллина, И.Ф., Шакирова, Д.М., Сулейманов, Д.Ш. Мышление, интеллект, одаренность: вопросы теории и технологии / Казань: Центр инновационных технологий, 2005. 312 с.
52. Тимуца О. Женщины могут сдвинуть горы, желая помочь // Открытое сердце. 2011. № 10 (03). С. 7-10. URL: <https://alpari-charity.ru/images/books/openheart-10.pdf>
53. Тимуца О.В. Диагноз не меняет ребенка — он меняет Вас // Лоцман по жизни. Казань. 2011. С.8-12.
54. Тимуца О.В. Процесс социализации личности ребенка-инвалида в современном российском обществе: На материалах Республики Татарстан // Автореферат дисс....канд. социол. н. Казань, 2003. 12 С. URL: <http://www.dslib.net/soc-struktura/process-socializacii-lichnosti-rebenka-invalida-v-sovremennom-rossijskom-obwestve.html>
55. Токарева И.А., Силинская Ю. П. Взаимодействие ППМС-центра с субъектами образовательного процесса в инклюзивном обучении. М., 2017. С. 6.
56. Федеральный закон от 29.12.12 г. №273-ФЗ «Об образовании в РФ». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/
57. Шевченко Ю.С., Крепица А.В. Принципы арттерапии и артпедагогтики в работе с детьми и подростками. Методическое пособие. Балашов, 1998. 56 с.
58. Шматко Н. Д. Дети с нарушением слуха: учеб. пособие для общеобразоват. организаций / Н.Д. Шматко Н.Д, О.А. Красильникова. М.: Просвещение, 2021. 80 с.
59. Baur A. Chirophinetik, Therapie durch Laut und Berührung, Berlin, 2011.

60. Baur A. Lautlehre und Logoswirken, Stuttgart, 1996.
61. Sibgatullina I., Zakirova L., Komarova L., Burganova N. Coping with the negative experiences of gifted children due to dysynchrony. Education and Self Development (SCOPUS). Vol. 15, No. 3, 2020, 47-55 p. DOI: 10.26907/esd15.3.04
URL: <https://eandsjournal.org/wp-stuff/uploads/sites/2/2020/10/ESD64-4.pdf>
62. Piage J. Psychologie et pedagogic. Denoel, 1969.
63. Riabov O. Educational urban environment. In: M. Šulovská, K. Nagyová (eds.), Multidimenzionalita východisko rozvoja súčasnej špeciálnej pedagogiky [Multidimensionality. The starting point of development of contemporary special pedagogy]. Bratislava: Iris, 2015, pp. 367-373.
64. Riabov O. Urban living place as the space of manipulating the inhabitants' mental state // 28th International Congress of Applied Psychology. Paris, 2014. P. 102-104.
65. Riabov O.R , Merzon E.E. Educational space as an element of territory branding // Azerbaycanda tehsil siyasetinin prioritetleri: Sat. sci. tr. Baku, 2016. P. 24-26.
66. Riabov O.R , Nikolaeva I.V. Emotional perception of the architectural environment // Proceedings of the Kazan State Architectural and Construction University. 2016. Is. 3-37. P. 62-67.
67. Riabov O.R Resonant perception of the architectural environment, its impact on human health and behavior // Design Revue, Kazan. 2017. P. 39-45.
68. Riabov O.R., Nikolaeva I.V. An ergonomic approach in organizing the subject-spatial environment of the city. Abstracts 70 International Scientific Conference on the problems of architecture and construction, April 10-24, 2018. P.140
69. Ryabov O. Urban living place as space of manipulating the residents' mental state. 28th International Congress of Applied Psychology, Paris, France, 2014. 378 p.
70. Schottenloher G. Kunst- und Gestaltungstherapie. Eine praktische Einführung. Kosel, 2000.

71. Schulz D. Chirophinetik – durch Sprache und Berührung. Zum Verständnis der Lautlehre nach Dr. Alfred Baur, Frankfurt am Main, 2016.
72. Schulz D. Im Luftform der Laute, „Erziehungskunst“, 07/08 2015.
73. Sibgatullina I. Die psychologische Praxis der Verwendung der Kinderzeichnungen in der Diagnostik und Gesundheitsbewertung (angesichts der psychosomatischen Determination der Entwicklung) // II Weltkongress fuer Positive Psychotherapy. Wiesbaden (Germany), 2000. P. 7-9.
74. Sibgatullina I. Five Steps of intellectual integration in the international development of special education // Conference «Multidimensionality – the basis of the current development of special education» // MULTIDIMENSIONALITA východisko rozvoja súčasnej špeciálnej pedagogiky. ZBORNÍK VEDECKÝCH PRÍSPEVKOV, 25. november 2015, Bratislava. Pre Univerzitu Komenského v Bratislave, Pedagogickú fakultu, vydalo vydavateľstvo IRIS - Vydavateľstvo a tlač, s.r.o. P. 392-397.
75. Sibgatullina I. Psychobiological and clinical aspects of “Resonante Cokreation” method // “Quo vadis (art) terapia?” International scientific Congress of art therapists organized by the Institute for education in art therapy in cooperation with the Department of Art education and the Department of Psychology and Psychopathology, Faculty of Education, Comenius University in Bratislava, Slovakia, 15-16 April, 2011. P. 17.
76. Sibgatullina I. Psychological effects of park rit-rit under the natural conditions of megapolis – Lumsa Universita, Roma, 2008. 4C.
77. Sibgatullina I. Resonante Cokreation-Einsatz des Bildes als Therapiemittel (uebersetzung aus dem Russischen // Christian Koderhold, Stefenie Gruessl. Zauberformel, ein keunstlerischer Werdegang. Wien (Oesterreich), 2010. S. 11-27.
78. Sibgatullina I., Riabov O. Psychological effects of park “ritrit” under the natural conditions of megapolis // The 6th international Congress on Environmental Modelling and Software (iEMSs), 1-5 July 2012, Leipzig. P. 12-18.

79. Sibgatullina I., Ryabov O. Latent mechanisms of action park retreat on human (Social-Psychological Effects of Park Ritrit under the Natural Conditions of Megapolis) // 28th International Congress of Applied Psychology, Paris, France, 8-13 July 2014. P. 24-28.
80. Sibgatullina I., Schottenloer G., Grüssl S. Resonante cokreation // Ästhetische Methoden in der Sozialen Arbeit, Kazan, Lüdwigshafen, 20-24 september, 2011. P. 268-273.
81. Sibgatullina I.F. Method MRC: Resonante Cokreation in Education of the future // Tojet The online Journal of New Horizons in Education. 2016, vol. Conf. Pilot.
82. Sibgatullina I.F. The method of resonant co-creation (MRC: Resonante Cokreation, Sibgatullina I. / Gruessl S., 2002) in the complex rehabilitative care for children with Rett syndrome // Proceedings of the VIII World Rett Syndrome Congress & Symposium of rare diseases, May 13-17, 2016, Kazan, Russia. Kazan, 2016. S30, p.61-63. URL: https://www.researchgate.net/publication/329893340_VIII_World_Rett_Syndrome_Congress_Symposium_of_rare_diseases_Kazan_Russia
83. Strauss M. Von der Zeichen - sprache des kleinen. M., 1996.



Сибгатуллина-Денис Ирене, директор международных программ науки и образования Института интеллектуальных интеграций (Австрия); аффилированный профессор Казанского (Приволжского) федерального университета; профессор-исследователь Института перспективных исследований МГПУ (Россия). Основоположник научной школы диссинхронии психического развития. Исследует диссинхронию с междисциплинарной точки зрения нейробиологии, психологии, специальной педагогики. Известна в России, Австрии и Словакии как руководитель международных команд директоров по изучению эффективности бенчмаркинга как инструмента качества в управлении образовательными инклюзивными системами.



Ванчова Алица, директор института специальных педагогических исследований факультет образования государственного университета им. Я.А. Коменского, доктор педагогических наук, профессор. Известна в России, Австрии, Словакии как руководитель инновационных проектов по подготовке профессиональных кадров для инклюзии. Исследует педагогические и междисциплинарные вмешательства для детей и людей с психическими и множественными нарушениями, с повреждениями головного мозга, ведет разработки и инновации в области современных процедур вмешательства, основанных на знаниях нейробиологии и их применении в специальной педагогике.

Научное издание

Ванчова Алица

Сибгатуллина-Денис Ирина

РАЗНООБРАЗИЕ И БЕНЧМАРКИНГ ИНКЛЮЗИИ

Монография

Чебоксары, 2021

Дизайн обложки – Оскар Рябов

Подписано в печать 24.09.2021 г.

Дата выхода издания в свет 28.09.2021 г.

Формат 60×84/16. Бумага офсетная. Печать офсетная.

Гарнитура Times. Усл. печ. л. 12,09. Заказ К-872. Тираж 505 экз.

Издательский дом «Среда»

428005, Чебоксары, Гражданская, 75, офис 12

+7 (8352) 655-731

info@phsreda.com

<https://phsreda.com>

Отпечатано в Студии печати «Максимум»

428005, Чебоксары, Гражданская, 75

+7 (8352) 655-047

info@maksimum21.ru

www.maksimum21.ru