

МЕСТО ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ ПРИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ САНАТОРИЯХ КАК ОСОБОГО ВИДА УЧРЕЖДЕНИЙ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЕ

Владимирова-Хошабова Светлана Николаевна, воспитатель Государственное казенное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков Департамента здравоохранения города Москвы». Филиал №44

✉ hoshabov@bk.ru

В данной статье рассматривается вопрос о роли общеобразовательных школ при психоневрологических санаториях и особенностях контингента учащихся. Затрагивается специфика совместной работы медиков и педагогов в детском психоневрологическом учреждении, организация учебно-воспитательного процесса. Предлагаются конкретные методы для усвоения учебного материала у детей с различными психоневрологическими нарушениями.

Ключевые слова: психоневрологический санаторий; младший школьник; отклонение в психическом развитии; учебно-воспитательный процесс; лечебно-педагогическая работа; клинические особенности детей; патофизические механизмы; внебольничная помощь детям и подросткам; методы обучения; повышенная возбудимость центральной нервной системы; речевая патология.

Детский психоневрологический санаторий – особый тип учреждений. Психоневрологические санатории к образовательным учреждениям не относятся; это лечебно-профилактические оздоровительные учреждения, являющиеся частью системы здравоохранения.

Но, поскольку в оздоровительных учреждениях санаторного типа дети проходят лечение в течение длительных сроков, для них в учебный период организуется обучение по программам общеобразовательных школ (точно такая же картина наблюдается и в психиатрических больницах, где дети пребывают на лечении в среднем не менее двух месяцев). Срок санаторной путевки - три месяца, но по медицинским показаниям в отдельных случаях срок пребывания продлевается (иногда до девяти месяцев, то есть на весь учебный год).

Дети с отклонениями в психическом и неврологическом развитии обладают такими особенностями, которые оказывают значительное влияние на ход учебного процесса. Как и социализация, так и адаптация детей к школьному обучению с такого типа «особыми нуждами» является одной из специфических *лечебных* задач врачей-психиатров и неврологов. В то же время, специалисты-медики обычно далеки от проблем обучения. А педагоги, напротив, не обладают достаточными знаниями по неврологии и психиатрии. Руководители, стоявшие во главе систем образования и здравоохранения во времена советской власти пришли к выводу о необходимости

осуществления особого подхода к организации учебно-воспитательного процесса в учреждениях, оказывающих помощь детям и подросткам с отклонениями в развитии нервной системы и в психическом развитии (а к таким учреждениям сегодня, среди прочих, относятся психоневрологические санатории и психиатрические клинические больницы).

С этой целью Московским отделом народного образования (ныне это Департамент образования города Москвы) постепенно строилась дифференцированная сеть специализированных школ (сначала она классифицировалась как сеть школ «для трудно обучаемых и трудновоспитуемых детей») в качестве психоневрологических учреждений внебольничной помощи детям и подросткам.

Для объединения и координации деятельности всей сети этих учреждений в 1934 г. был организован Научно-методический центр по детской психоневрологии.

По сей день в Москве и в Московской области с этой целью существует дифференцированная сеть учреждений внебольничной помощи детям и подросткам, частью которой являются школы при психоневрологических санаториях и психиатрических больницах. Каждой школе, являющейся частью данной сети, присвоен один и тот же *статус* (сейчас они классифицируются как СОШ НО – средняя общеобразовательная школа надомного обучения) и *номер* (№196).

Педагогический персонал детского психоневрологического санатория (ПНС) обычно формируется из педагогов-дефектологов с большим опытом и стажем работы, а медицинское обслуживание больных осуществляется в оздоровительных учреждениях коллективом врачей, в который входят невропатолог, физиотерапевт, психиатры и психоневрологи. В санатории работают и воспитатели. Основные проблемы и вопросы лечебной педагогики медико-педагогический коллектив разрабатывает под руководством консультанта санатория, углубляя и совершенствуя применяемые методы обучения больных детей. Таким образом, лечебно-педагогическое обслуживание находящихся в санатории детей осуществляется совместной деятельностью врачей и педагогов.

Задачи педагогической работы в детском психоневрологическом санатории определяются, прежде всего, клиническими особенностями детей, направляемых на лечение в санаторий. Свою деятельность врачи и педагоги санатория строят, исходя, во-первых, из правильного понимания развития личности каждого ребенка и, во-вторых, из вскрытия тех патофизиологических механизмов, которые лежат в основе наблюдаемых у него клинических симптомов.

В санаторий направляют детей со следующими диагнозами:

- ДЦП (в том числе дети-«колясочники»);
- невротические реакции;
- вегетососудистая дистония;
- неврозы;
- неврозоподобные состояния (тики, энурезы);

- задержки психоречевого развития, нарушения развития речи, логоневрозы, заикания;
- нетяжелые формы психических расстройств;
- астено-невротический синдром.

Детские психоневрологические санатории также созданы с целью способствовать лечению детей легкими с психопатоподобными состояниями, с редкими эпилептическими припадками, с нейроинфекциями; в них проходят лечение и обучение дети с легкими остаточными органическими явлениями, возникшими после раннего поражения центральной нервной системы, с расторможенным поведением. Такие дети обычно еще имеют ЗПР, у них имеется частичная задержка развития со своеобразным, временным торможением успеваемости в школьных занятиях; они представляют большие затруднения для педагога, но они не олигофрены. (Правда иногда, в результате ошибочного диагноза, в санаторий попадают и олигофрены). И, наконец, это дети, у которых имеются последствия психической травмы.

У многих детей налицо комбинация различных нарушений. Например, у одного и того же ребенка имелось раннее поражение центральной нервной системы, которое на протяжении детства постепенно компенсировалось. Но на каком-то этапе его жизни присоединилась туберкулезная интоксикация или хронический гнойный процесс уха и т. д.; у другого - травма головы в анамнезе сочетается с ревматической болезнью.

Таким образом, состав детей крайне разнообразен. Большинство из них являются в школе, несмотря на полноценный интеллект, неуспевающими. В связи с этим они нуждаются в особой психологической помощи и консультированию [1,2].

Таких детей трудно обучать, пока не выявлена причина психоневрологического медицинского нарушения, пока лечение и тренировка недостаточной функции не дали требуемых результатов. После соответствующих мероприятий в указанной области ребенок может успешно овладевать знаниями и достигнуть общего уровня успеваемости своего класса.

Дети с задержкой развития отличаются не по возрасту детским качеством психических реакций. Они несерьезно относятся к урокам, хотя только играть, поверхностно схватывают наиболее яркие впечатления, но не обнаруживают склонности ни к их анализу, ни к синтезу.

Они очень эмоциональны, конкретны, но реагируют лишь непосредственно на то, что бросается им в глаза, и работают без всякого плана. У них в мышлении преобладают сами факты, образы, а не понятия, не обобщения.

Быстро воспринимаемая, они все легко забывают, ибо восприятие не систематизируется. Их высшая нервная деятельность имеет характерные особенности: условные реакции вырабатываются легко, но они непрочны.

Очень трудно возникают дифференцировки - плохое активное торможение, что соответствует их крайне недостаточному вниманию и слабому волевому тону. Имеется явное преобладание первой сигнальной системы над второй, еще недостаточно окрепшей.

Относительная слабость второй сигнальной системы влечет за собой и недостаточное взаимодействие обеих систем. В этом случае словесные раздражители недостаточно доминируют, ребенку полезнее показать, чем назвать, дать иллюстрацию, а не словесное объяснение.

В отношении этих детей необходимо стремиться сделать их нервную систему более выносливой; путем воздействия на эмоциональность привлечь их внимание на более долгий срок, постепенно тренируй этим их выдержку. И в этом случае огромным подспорьем являются игры, пение, музыкально-двигательные занятия.

В процессе игры, движений, в пении необходимо иногда ослабить силу голоса, или замедлить темп движения, ограничить размер шага, прыжка; это один из путей воспитания активного торможения, «воспитание задерживающей способности» по Сеченову.

Очень важно требовать, чтобы дети рассказывали о тех событиях, которые происходят повседневно - на уроке, на прогулке, во время перемены. Нужно помочь им уточнять передачу фактов, устанавливать их связь, зависимость и последовательность, упрочивая взаимосвязь событий и их соподчинение.

При пересказе прочитанного, напротив, не следует добиваться передачи, очень близкой к тексту.

Следует больше ставить вопросов по прочитанному, чтобы подчеркнуть и упрочить смысловые связи рассказа и

В отличие от олигофренов, которые очень теряются от обилия, дети, страдающие временными задержками развития, нуждаются в большом разнообразии материала, а не в многократном повторении одного и того же.

У детей, недавно перенесших травму, инфекцию или страдающих текущим соматическим заболеванием, часто наблюдаются легко возникающие состояния запредельного торможения коры головного мозга, иначе говоря, - возникновение фазовых состояний, при которых образование условных реакций снижено.

Давно упроченные условные связи могут временно затормаживаться, а, главное, реакции не раздражитель становятся искаженными. На положительные раздражители не возникает реакций; на отрицательный раздражитель реакция возникает.

В этом состоянии ребенок не выполняет указаний педагога, а запрет ведет к реализации запрещенного действия.

Причина такого поведения не сознательный протест, не нарочитое непослушание, а искаженное реагирование заторможенных корковых клеток. В фазовых состояниях могут не достигать эффекта сильные раздражители, а слабые, наоборот, оказываются действенными. Ребенок вдруг подчиняется указанию, сделанному очень тихим голосом, тогда как повышенный тон не приводил к послушанию.

Фазовые медицинские состояния могут зависеть от нарушений кровообращения, от изменений химизма крови при пребывании в душном

помещении, от токсических влияний на нервную клетку (например, при обострении ревматизма), они могут возникать и при утомлении - то мимолетно, то на более длительные сроки. Фазовые состояния легко возникают у детей при тяжелых переживаниях, ибо в этих случаях в коре головного мозга образуются большие очаги с большой напряженностью инертного раздражительного процесса, с большой зоной торможения коры вокруг большого очага.

У таких детей неловкое слово, адресованное в больной очаг, может сразу усилить в нем напряженность раздражительного процесса и вызвать резкое торможение коры вокруг, т. е. вызвать фазовое состояние.

Плохо осведомленный в этих вопросах педагог может позволить себе упрекнуть больного ребенка; своим упреком он может вызвать именно такие нейродинамические нарушения, которые отнюдь не способствуют усвоению программы.

У ребенка, перенесшего травму головы, фазовое состояние может возникнуть вследствие чрезмерной, нарушившей кровообращение в мозгу беготни на перемене, что затруднило его психическую деятельность; у ребенка, страдающего ревматизмом, фазовое состояние может наступить из-за того, что в классе душно или из-за того, что ребенок проголодался.

Многие ученики школ при психоневрологических санаториях страдают (в разной степени выраженности) речевыми нарушениями и нуждаются с помощью логопеда. Учитель, работающий в ПНС, должен знать особенности таких детей. Так, у страдающих заиканием, отмечаются симптомы повышенной возбудимости центральной нервной системы двигательное беспокойство, говорливость, быстрый темп речи, живые вегетативные реакции; у некоторых – повышенная впечатлительность, обидчивость, ранимость, образование невротических реакций на свою неполноценную речь. Среди заикающихся встречаются также дети тихие, робкие, неуверенные в себе, легко тормозимые.

При моторной алалии занятия ведутся главным образом по накоплению запаса слов и параллельно при необходимости уточняются и ставятся недостающие звуки. При сенсорной алалии сначала нужно научить ребенка дифференцировать на слух неречевые звуки, привлечь внимание к этому виду восприятия окружающего, а затем уже переходить к воспитанию речевого слухового внимания.

В практике работы учителя начальных классов в ПНС большое место также занимают занятия с детьми, страдающими дислексией и дисграфией. Многие из детей этой группы к началу школьного обучения уже не имеют заметных для окружающих речевых расстройств; однако речевая патология сказывается в трудностях овладения грамотой. Такие дети не сливают буквы при чтении, при письме пропускают буквы, заменяют одни буквы и звуки другими.

Без своевременной логопедической помощи они, как правило, стойко не успевают в первом-втором классах массовой школы, затем перед

родителями ставится вопрос об их «необучаемости», хотя интеллектуально они вполне хорошо развиты, обычно хорошо успевают по арифметике.

Многие дети, страдающие нарушениями речи, жалуются на частые головные боли, утомляемость, быструю истощаемость в работе; это должно учитываться при дозировке интеллектуальной, учебной нагрузки на детей во время уроков. Слабость нервной системы у детей обязывает педагога, который ведет с ними занятия, хорошо организовать весь режим в целом и режим урока в частности.

Из сказанного ясно следует, что многие проблемы возможно предвидеть и предупредить. В этом случае очень велика роль врача и не менее значима - педагога, которому важно обладать духовными способностями [3,4].

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Суворова Г.А. Деятельностный подход к психологическому консультированию в образовании: системогенетическая парадигма. - М.: Прометей, 2006.
2. Суворова Г.А. Психология поведения детей младшего школьного возраста. М.: Прометей, 2002.
3. Шадриков В.Д. Духовные способности. М.: Магистр, 1998.
4. Шадриков В.Д. Происхождение человечности. М.: Логос, 2001.