

Особый ребенок: исследования и опыт помощи
2000. — Вып. 3. — С. 74–87

Особенности коррекционной работы с детьми с синдромом Дауна в интегративном детском саду

Меланченко Е.А., Подлепа А.С.

Мы хотим поделиться опытом работы интегративного детского сада «Наш дом на Пресне». В этом детском саду находятся дети с синдромом Дауна и дети, относящиеся к возрастной норме. Основной задачей при создании такого детского сада была интеграция детей с этим синдромом в среду сверстников, помимо этого преследовалась цель когнитивного развития этих детей. Для детей с синдромом Дауна недостаточно обычных занятий по обучению счету и письму, требуется направленная коррекционная работа.

Для того чтобы описать опыт нашей работы более полно, уместно охарактеризовать те признаки, которые встречаются у этой категории детей. Особенности развития и обучения имеют место вследствие незрелости соединительнотканного каркаса, которая объясняет не только внешние признаки и пороки развития внутренних органов, но и особенности формирования высших психических функций. Пониженный мышечный тонус приводит к разболтанности в суставах, сниженной активности мимической мускулатуры, слабости сердечной мышцы. У детей с Даун-синдромом чаще встречаются пороки развития внутренних органов, в частности, порок сердца. Подчас неоперированный вовремя порок приводит к смертельному исходу. Но даже если ребенок выживает, кровенаполнение сосудов и содержание кислорода в крови падает, что опять же ведет к голоданию мозга. Снижение тонуса сосудов обуславливает особенности функционирования головного мозга, обеднение кровотока в определенных областях, что вызывает трудности переключения, концентрации внимания. Все описанные особенности приводят к

замедлению формирования тех или иных функций.

Нельзя забывать о том, что очень часто возникают ситуации, несущие угрозу здоровью, а иногда и жизни ребенка с синдромом Дауна. В связи с этим за такими детьми необходимо постоянное медицинское наблюдение.

Наличие в детском саду сложных детей требует некоторого увеличения числа сотрудников. Так, необходимыми становятся специально подготовленные дефектологи и логопеды в связи с тем, что развитие детей с синдромом Дауна имеет ряд особенностей и требует специальных коррекционных программ. При работе с такими детьми повышается роль медицинского работника. Массажист и специалист по движению имеют дело с диффузно сниженным тонусом, связанным с изменениями структуры самой мышечной ткани.

Умственная отсталость у таких детей считалась причиной необучаемости. Однако комплексное неврологическое обследование не выявляет у них грубых органических дефектов в центральной нервной системе и, следовательно, объясняет трудности обучения лишь функциональными расстройствами. Невропатолог может выявить причину данных нарушений. Например, у одного ребенка оказывается сниженным мышечно-суставное чувство, у другого — зрение, у третьего — слух. Кроме того, любая коррекционная работа может вызвать снижение умственной работоспособности и некоторые нарушения работы внутренних органов: изменение сердечного ритма, расстройство пищеварения и т.п.

Состояние высших психических функций оценивает нейропсихолог. Он же, при необходимости, проводит коррекционную работу.

Когда все вышеперечисленные специалисты начинают работать вместе и пытаются провести комплексное обследование «обычных детей», то выясняется, что и так называемые здоровые сверстники ничуть не меньше нуждаются в индивидуальном подходе.

Практика показала, что так называемая норма не является однородной. Многие дети имеют особенности нейродинамики, когнитивных и эмоционально-волевых процессов. Нейродинамические особенности могут проявляться либо в виде выраженной медлительности, трудностей переключения с одного вида деятельности на другой, либо в гиперактивности, невозможности длительной концентрации внимания. У одного ребенка

может присутствовать целый комплекс нейродинамических особенностей. Особенности когнитивного развития могут быть различными и проявляться в сферах восприятия, памяти, речи, мышления и в пространственной сфере. Такие особенности обычно становятся заметными при попытке обучения ребенка, т.е. к 5–6 годам, и проявляются они в трудностях восприятия информации и овладения новыми навыками. Иногда это становится заметным в более раннем возрасте в том случае, когда сильно затруднен процесс познания внешнего мира или сильно выражены поведенческие особенности. Особенности эмоционально-волевой сферы также могут быть разной степени выраженности, к ним в том числе относятся повышенная плаксивость или агрессивность.

Дети с синдромом Дауна имеют схожие особенности протекания психических процессов, просто они могут сочетаться несколько по-другому. Коррекция отдельных функций проводится аналогично работе с нормой. Однако есть некоторые особенности проведения коррекционных занятий, к тому же динамика выражена слабее.

Любая коррекционная работа начинается с диагностического обследования. Правильный диагноз — это залог успеха. Понятие диагноза в данном случае подразумевает не нозологическую единицу, а описание функционального состояния. Особенности коррекционной работы с детьми с синдромом Дауна, как показал наш опыт, заключаются в том числе и в невозможности проведения полноценной диагностики. Следовательно, адекватное построение индивидуальной коррекционной программы сильно затрудняется. Ниже мы хотим показать, какие сложности возникают при проведении обследования.

Все специалисты, которые работают с детьми с синдромом Дауна, сталкиваются с некоторыми отличиями такого ребенка от обычного. Соответственно, методики проведения обследования этого ребенка отличаются от общепринятых. Понятно, что обследование ребенка сильно отличается от обследования взрослого и по длительности, и по способам создания адекватной мотивации, и по наглядным материалам. Однако всего того, что обычно вполне привлекает и удерживает внимание детей, оказывается недостаточным для детей с синдромом Дауна.

Особенности работы невропатолога в структуре лечебной педагогики уже становились предметом нашего исследования (соответствующая статья опубликована в первом выпуске сборника «Особый ребенок: исследования и опыт помощи»). Задача же

настоящей статьи — описать опыт работы невропатолога и нейропсихолога с детьми, имеющими синдром Дауна. Опыт этот набирался постепенно, методом проб и ошибок. Обстановка детского сада дала нам достаточно времени и различных ситуаций, в которых мы могли наблюдать детей.

Прежде всего надо отметить, что под нашим наблюдением в течение трех лет находятся 10 человек, имеющих соответствующий диагноз. При этом дети, регулярно посещавшие детский сад, находились под более пристальным наблюдением специалистов и получили наибольшее количество эмоциональной и коррекционной поддержки.

В ходе работы возникали и трудности — прежде всего при неврологическом обследовании таких детей, при первом же контакте с ними. Эти дети не показывают всех своих навыков и умений тем людям, которым они не доверяют.

Поэтому все исследования на протяжении трех лет велись не эпизодически, а постоянно: в группе, на занятиях с педагогами, в наблюдении за игрой. Индивидуальный осмотр становился возможным лишь тогда, когда врач мог включиться в тот вид деятельности, которым был занят ребенок. Очень важным было построение личных отношений через тесный телесный контакт. Иногда дети лучше поддавались осмотру, находясь на руках специалиста, а не сидя на стуле.

Практически все осмотры велись либо на ковре в игровой, либо на полу в спортивном зале. Вместе с детьми мы ползали, прыгали, укладывали спать игрушки, кормили их. Только в таких ситуациях можно было добиться от ребенка речи, выяснить, в какой руке сила больше, в какой руке или ноге выше мышечный тонус. Наблюдая за выполнением заданий на индивидуальных занятиях, можно было судить о полях зрения, способности выстроить программу собственного действия, оценить слух.

Очень часто у детей с синдромом Дауна снижены зрение и слух. У любого специалиста возникает естественное желание выяснить, если ли это у данного ребенка и насколько выражено снижение функции. Запрос в такой ситуации обычно адресуется невропатологу. Большие сложности возникали при попытке объективизации данных диагностики. Надо сказать, что к любым «объективным» методам оценки зрения и слуха у данной категории детей надо подходить критически. Если ребенок не вступит в контакт с исследователем, то он и не будет отвечать на вопросы по проверке остроты зрения. Уровень овладения речью

часто бывает недостаточным для выполнения заданий офтальмолога. К тому же, в связи недостаточностью сформированности речи и ослабленности ее коммуникативной функции, ребенок может называть те слова, которые кажутся ему более легкими и приятными по звучанию.

При обследовании у окулиста могут возникнуть явные трудности. На установление контакта с ребенком часто уходит полчаса и больше. Если контакта не получилась, острота зрения может быть значительно занижена. И все из-за того, что ребенок не хотел отвечать на вопросы. Ребенок может не назвать ту или иную картинку не потому, что он ее не видит, а потому, что не хочет отвечать на вопрос.

При записи аудиограммы ребенок должен выслушать инструкцию, понять ее и правильно следовать ей в течение всей записи. Последнее не является возможным часто даже при работе со знакомыми ребенку специалистами, а уж в новом помещении и с чужими людьми вероятность правильного выполнения приближается к нулю.

Следует отметить, что мы имеем дело с нестабильностью состояния органов чувств. Так, например, косоглазие этих детей носит порой преходящий характер и зависит от снижения мышечного тонуса, а обследование проводится за короткий промежуток времени и очки подбираются надолго с установленным расстоянием между линзами. Следовательно, ребенок иногда хочет снять очки, так как у него начинает двоиться в глазах, а во все не из-за того, что острота зрения упала и нужны более сильные линзы.

Похожие осложнения возникали при попытке оценки состояния высших психических функций. Проведение диагностического нейропсихологического обследования часто становилось практически невозможным.

Таким образом, нельзя не учитывать особенности ребенка при проведении врачебного осмотра. В этой ситуации нельзя топтаться. Необходимо войти в мир пациента и только после этого делать какие бы то ни было выводы.

Работа нейропсихолога в детском саду с детьми с синдромом Дауна имеет много особенностей. Начнем с того, что дети в возрасте 4–7 лет с большим трудом вступают в контакт с новым человеком. Замкнутость у них, по сравнению со здоровыми сверстниками, выражена намного ярче. Соответственно, обследование затрудняется тем, что на вступление в контакт с ребенком требу-

ется очень длительное время. Кроме того, даже сблизившись с ребенком, специалист не может гарантировать, что ребенок выполняет задание в полную силу. Следует отметить, что эти дети отличаются повышенной чувствительностью к настроению взрослого. В то время как другие дети могут не обратить внимание на неспокойное состояние специалиста, дети с синдромом Дауна могут замкнуться в себе и отказаться как бы то ни было общаться с человеком в таком состоянии. Все свои проблемы и трудности взрослому следует оставлять далеко за пределами детского сада.

В нашем саду есть одна девочка, которая перестает разговаривать на индивидуальных занятиях, если специалист, который с ней работает, тревожен или не очень уравновешен. Она просто сидит и вздыхает. Пока состояние взрослого не изменится, занятия не дадут никакого результата.

Чаще всего дети с синдромом Дауна очень сильно реагируют на телесный контакт. Это связано с особенностями тонуса и чувствительности. Возможна непереносимость ребенком контактного взаимодействия в связи с повышенной или извращенной чувствительностью. Чаще, правда, дети положительно реагируют на такое воздействие. Многих из них достаточно немного пощипать или погладить, чтобы они включились в активную деятельность. Чем более активное и длительное такого рода взаимодействие, тем более открытым становится ребенок.

Нельзя забывать о том, что у многих детей зрение и слух снижены. Очень сложно диагностировать степень снижения, и из-за этого возможны артефакты при попытке оценить развитие той или иной функции: ребенок может просто не расслышать фразу и из-за этого не правильно на нее среагировать.

Некоторые дети отрицательно реагируют на попытку проведения направленного занятия. Создается впечатление, что они и так перегружены разного рода заданиями и упражнениями. При этом каждый новый взрослый человек пытается предложить чем-то позаниматься. Возникает вполне объяснимый отказ. Одна из причин в том, что, к сожалению, взрослые достаточно редко просто играют с такими детьми.

Очень часто речь детьми с синдромом Дауна не используется для общения со взрослыми. Эта функция пропадает первой, если ребенок чувствует дискомфорт. К тому же многие дети, почувствовавшие, какую реакцию вызывает у взрослых их речь, начинают использовать ее с целью манипулирования.

Получается, что на первом плане стоит создание условий,

адекватных для нормального функционирования ребенка, в том числе для того, чтобы речь использовалась для общения, а не манипулирования людьми. Иначе невозможно будет получить произвольную речь.

Неплохой результат дает раскачивание ребенка с синдромом Дауна на большом мяче в течение некоторого времени. Понятно, что за полчаса занятий достаточно сложно расшевелить ребенка подобным способом, и это является одной из сложностей коррекционной работы. Так же непросто «собрать» ребенка после активных контактных игр, если стоит цель провести коррекционное занятие. С одной стороны, получается, что ребенка надо растормошить, а с другой — тот же ребенок выходит из-под контроля и надо уже направленно заниматься и произвольной регуляцией поведения. Запросы формируются и от всех специалистов, работающих с ребенком, и от воспитателей, и от родителей. В связи с особенностями нейродинамики каждого конкретного ребенка процесс растормаживания может занять длительный промежуток времени, а иногда даже и изменить его поведение в целом, что вызовет явные трудности в повседневной жизни.

Целостно описать ребенка с синдромом Дауна достаточно сложно. Причина этого — отсутствие возможности провести полноценное обследование одновременно. Все функции рассматриваются чаще всего изолированно, и нельзя исключать возможность того, что диагностика проводилась в функционально разном состоянии.

На деле получается, что диагностика плавно перетекает в коррекционное занятие. При этом внешне это выглядит как игра.

Часто приходится смотреть детей на занятиях других специалистов и давать рекомендации по одному конкретному занятию.

Следует остановиться и на проблемах, возникающих при совместной работе невропатолога и нейропсихолога. В начале нашей деятельности казалось, что детям с синдромом Дауна в 4–5 лет рано заниматься с нейропсихологом. Они не могут в течение длительного времени заниматься активной деятельностью в жестко диктуемых условиях, так как этого требует стандартное обследование. Но на практике все оказалось не так однозначно.

Мы проводили в кабинете совместный прием и коррекционные занятия, и наши «особые дети» стали заглядывать и интересоваться тем, что там происходит. Привлекали ли их яркие и красочные пособия, большая пластиковая доска, мозаика или просто неизведанное пространство, значения не имело. Результатом та-

ких разведывательных действий стало то, что они все чаще и чаще стремились завоевать наше внимание и включиться в занятия.

Результаты превзошли все ожидания. Дети с удовольствием занимались в спортивном зале. Рисование на пластиковой доске понравилось многим из них, также интерес вызывали кубики с картинками, которые были достаточно крупного размера. Любые задачи, не вовлекающие мелкую моторику, привлекали детей. Часто они включались в занятия с другими детьми, что, конечно, усложняло деятельность специалиста, но приводило к неплохим результатам.

По мере подключения нейропсихолога к коррекционной работе неврологически можно было отметить расширение полей зрения, нарастание мышечного тонуса. Изменялся эмоциональный фон, и дети включались во фронтальные занятия с группой.

Невропатолог присутствовал на коррекционных занятиях с некоторой периодичностью (1–2 раза в месяц), выполняя роль наблюдателя. В его задачу входило отслеживание динамических изменений. Вполне вероятно, что специалист, занимающийся с ребенком индивидуально, может привыкнуть к его тоническим особенностям и оценивать их неадекватно. В такой ситуации требуется консультация невропатолога для оценки реальных изменений.

Рекомендации чаще всего касались изменения плоскости, в которой происходили занятия.

Многие специалисты часто неосознанно стремятся заниматься с ребенком только интеллектуальной деятельностью, упуская достаточно важные этапы развития, такие как формирование чувства собственного тела. Мы не всегда помним, что даже если ребенок уже разговаривает, это совершенно не означает, что все остальные этапы развития были пройдены. Это в полной мере касается и обычных детей, просто с детьми с синдромом Дауна ситуация усложняется тем, что неизвестно, к чему реально мы готовим ребенка. К тому же, услышав речь такого ребенка, очень сложно вернуться назад, начать снова играть и ползать, так как эта речь была настолько долгожданной. Со многими детьми во время коррекционных занятий приходилось ползать на четвереньках, раскачиваться на качелях или на специальном мяче и совершать другие подобные действия, ассоциируемые обычно с физкультурным занятием.

Как невропатолог, так и нейропсихолог постоянно работают в контакте с массажистом. Мы бы хотели остановиться на особен-

ностях такой работы с детьми с синдромом Дауна.

Особенности работы массажиста в команде с другими специалистами состоит в том, что динамика состояния оценивается не только самим массажистом, но и другими членами команды. К тому же чаще всего более значимыми являются критерии, используемые невропатологом и другими специалистами, так как собственно мышечный каркас может не дать явной реакции, но при этом изменения будут достаточными для продвижения речи и других функций.

Одна из основных проблем наших детей заключается в диффузно сниженном мышечном тоне. Казалось бы, специалисты, работающие со сниженным мышечным тонусом у детей, связанным либо с наличием астении или ДЦП, либо с перенесенным тяжелым заболеванием, знают способы и приемы, с помощью которых можно изменить состояние нервно-мышечного аппарата. С детьми же, имеющими синдром Дауна, все обстоит гораздо сложнее.

Традиционные методики оказываются неэффективными, так как сниженный мышечный тонус связан не с регуляцией его со стороны центральной нервной системы, и в том числе головного мозга (как в описанных выше случаях), а со строением мышечного каркаса. Сам мышечный каркас не в состоянии в начале работы адекватно ответить на стимулирующие воздействия.

У всех детей, которые находились под нашим наблюдением, на первый план выступали проблемы с дыхательной мускулатурой. Это обуславливало частые респираторные заболевания и, следовательно, длительное отсутствие ребенка, что затрудняло коррекционную работу. Слабые межреберные мышцы и диафрагма не позволяли сделать длинный выдох и произнести громкий звук. На первом этапе проводилась, прежде всего, дыхательная гимнастика, которая кроме общеукрепляющего эффекта, значительно облегчала работу логопеда. Становилось возможной постановка звуков, проведение артикуляторной гимнастики.

У некоторых детей остро ощущался сенсорный дефицит. Этим ребятишек массажист поглаживал, похлопывал, пощипывал. Иногда для усиления телесных ощущений использовались массажные валики с резиновыми шипиками.

У трех детей целью массажа была работа по устранению косолапия и сколиоза. Здесь работа велась в традиционном стиле.

Всем детям на втором году занятий в саду проводились курсы, укрепляющие мышцы спины и брюшной стенки. Пассивные уп-

ражнения сочетались с активной лечебной гимнастикой.

У двух детей был выявлен правосторонний гемипарез. Массаж помог несколько активизировать правую руку. Интересно то, что сам массажист не мог изолированно оценить эту динамику.

Дети с синдромом Дауна достаточно медленно адаптируются в новых условиях. Детский сад является совершенно новой средой, отличной от привычного пребывания дома. В период адаптации результат любых воздействий, оказываемых на ребенка, непредсказуем. Мы проводим у наших детей массаж не раньше, чем через год пребывания в детском саду. Помимо адаптации самого ребенка на первом году становятся видны более узкие задачи направленной работы с ним. Появляется конкретизированный запрос на воздействие при помощи физического контакта как пассивного (массаж), так и активного (лечебная гимнастика).

Все процедуры проводились под строгим врачебным контролем с обязательным осмотром в середине курса. Сам массажист может оценить эффективность своего труда по тому, как изменяется сила и тонус, но для комплексной оценки необходимо подключение не только неврологического, но и другого контроля. Ребенок может показать повышенные успехи в учёбе на фоне массажа, и именно эти изменения останутся незамеченными для специалиста, занимавшегося двигательными проблемами.

Выработались некоторые принципы работы с детьми с синдромом Дауна, которые явились результатом отслеживания последствий массажа несколькими специалистами.

За один курс мы пытались разрешить одну задачу: либо занятия на изменение мышечного тонуса, либо на изменение чувствительности и пр.

Дети с синдромом Дауна обладают необыкновенной душевной ранимостью. Положительные эмоции во время проведения процедур — это залог успеха. Нужен постоянный речевой контакт с ребенком, при этом речь должна быть эмоционально насыщена. Массажист входит в самый близкий, телесный, контакт с ребенком, и любая отрицательная эмоция может перечеркнуть все успешно проведенные мероприятия. Во время массажа плач может привести к чрезмерному повышению мышечного тонуса, порой асимметричному, вызвать болевые ощущения.

Многие дети после массажа становятся гораздо более раскрепощенными и разговорчивыми, чем до процедуры. Спектр

чувств, который их охватывал в кабинете, способствовал оживлению эмоций, мимики. Голос становился громче и речь более эмоционально окрашенной. Многие переставали бояться телесного контакта со взрослыми и другими детьми. Обстановка доверия ослабляла душевное напряжение, которое присутствовало у детей с синдромом Дауна в сильной степени.

Мы бы хотели привести несколько примеров нашей работы с детьми с синдромом Дауна. Они относятся к различным областям, однако все эти примеры способны продемонстрировать особенности работы.

В качестве примера совместной деятельности невропатолога, нейропсихолога и массажиста можно описать работу с мальчиком, имеющим синдром Дауна и получившим родовую травму, которая привела к грубому правостороннему гемипарезу. Наблюдение невропатолога и нейропсихолога за ребенком во время выполнения различных видов двуручной деятельности показало, что ребенок правша и, несмотря на трудности, предпочитает правую сторону. У ребенка была очень слабая правая рука, и одновременно в ней же был очень высокий мышечный тонус. Был проведен курс массажа и лечебной гимнастики. Во время курса массажа ребенок стал более активно использовать правую руку. Интересно то, что этот мальчик теперь всегда, здороваясь, протягивает именно правую руку. Ребенку явно нравится пользоваться именно этой рукой. Во время рисования на доске правой рукой он очень оживляется, начинает активно разговаривать. Массаж будет продолжен и, вероятно, со следующего года начнутся нейропсихологические занятия. Нельзя забывать о том, что вопрос правшества/левшества является достаточно сложным в случае возрастной нормы. В нашем случае, помимо прочего, еще и невозможно было провести адекватную диагностику.

Еще одним иллюстративным примером является начало работы нейропсихолога с одним из детей.

В подготовительной группе есть девочка, которой сейчас 7 лет. Некоторое время назад она не очень любила вступать в телесный контакт, возиться, обниматься с взрослыми. По желанию взрослого речь не появлялась почти никогда. Иногда она разговаривала с детьми. Речь при этом имела много особенностей. Фразовая структура присутствовала, а вот с наполнением были сложности. Несколько месяцев назад процент правильно произнесенных слов или хотя бы частично правильных был очень низким. Девочка любила «читать» книги. Происходило это следующим образом: она открывала книгу в любом месте (правда, всегда правильно ориентировала и перелистывала страницы в нужном направле-

нии) и начинала читать, даже особо не вглядываясь в картинки, речь при этом являла собой откровенный лепет. На первый план выступало отсутствие желания говорить так, чтобы это было понятно собеседнику, и отсутствие подражания речи взрослого.

Девочка очень тяжело вступает в контакт. После перерыва в общении, если оно до этого было нерегулярным, приходится все начинать заново. Следует отметить, что она часто пытается манипулировать людьми. Собственно отсутствие произвольной речи связано, в том числе, с тем, что мотивация на общение выражена неярко, намного ярче — попытки манипулировать. Речь в данном случае — способ манипуляции. При этом понятно, что очень сложно не реагировать на такого рода манипуляции, когда речь является одной из главных целей коррекционной работы.

Последнее время ребенок стал всегда одинаково реагировать на телесный контакт. Девочку достаточно пощекотать, приобнять и она начинает громко смеяться, забывая часто, что до этого она старательно молчала, чтобы от нее отстали. Оказалось, что такой способ включения действует очень быстро и неплохо настраивает ребенка. Понятно, что для продолжительной работы одного объёма недостаточно, но главное — вступить в контакт.

Прежде чем стало понятно, что ребенок изменил реакцию на телесное взаимодействие, случайно получилось так, что нейропсихолог с девочкой провели вдвоем час в зале на полу. При этом не было никаких когнитивных задач, просто ребенок ждал маму, а остальные дети спали. Общение происходило на мате, девочка была очень хорошо настроена, она начала проявлять заботу: укладывать спать, причесывать, обнимать, гладить по голове. Важно то, что это общение происходило на минимальном расстоянии. Ребенок, говоря что-то, наклонялся прямо к лицу и заглядывал в глаза. Все было ошупано и обнюхано. Общение сопровождалось постоянными поцелуями. (Не забывайте, что у детей с синдромом Дауна очень часто присутствует гиперсаливация.) При этом имел место диалог, и, так как разговор был фоном, девочка вполне активно участвовала. Тут стало заметно, что она очень плохо слышит. Мотивация была достаточно высокой, она не пропускала ни одной фразы, все время старалась отреагировать, но на расстоянии больше метра она почти ничего не слышала. Иногда она даже наклонялась ухом ко рту, чтобы услышать. Было понятно, что это не игра, а естественное поведение, так как для ребенка явно значимым было понять смысл слов. Это вполне объясняло отсутствие подражания речи взрослого. Спустя полчаса у девочки появились средней длины фразы, и она стала очень активно разговаривать. Она попыталась создать ситуацию занятия: решила пересчитать все, что есть на лице, при этом она подключала тактильные ощущения, касаясь носом носа взрослого и т.п.

Интересно, что достаточно выраженное (нестабильное) сходящееся косоглазие стало значительно менее заметным после полчаса общения. Ребенок явно находился в комфортных условиях, и

при этом нивелировались некоторые патологические знаки.

В какой-то момент девочка решила почитать книжку. При этом она не просто лепетала, а рассказывала сказку про колобка, правда, отнюдь не все можно было понять, но важно то, что присутствовали фразы и отдельные слова.

Можно говорить о том, что всем детям с синдромом Дауна в возрасте от 4 до 7 лет свойственно очень тяжело входить в контакт с новым незнакомым человеком или просто в новых условиях. Это обуславливается целым комплексом причин. В том числе и тем, что дети до детского сада находятся обычно дома с родителями и бывают недостаточно социализированы. Возможно, что более длительная по сравнению с ровесниками адаптация связана с особенностями органов чувств. Сниженные слух и зрение затрудняют процесс исследования пространства и снижают скорость восприятия и переработки информации. Особенности чувства собственного тела также изменяют картину внешнего мира. Очень сложно ориентироваться в мире, который недостаточно исследован и просто оказывается неизвестным. Таким детям было бы полезно проползать на четвереньках все неизведанные пространства, во все всматриваться и нюхиваться, но это требует больших энергетических затрат и поэтому часто бывает неосуществимо.

С начала нашей работы с детьми, имеющими синдром Дауна, прошло почти три года. Все то, что уже достигнуто, — это результат совместной, «командной», работы. И мы не можем сказать, чьи занятия были более эффективными, а чьи — менее. Оцениваем работу по общему результату.

В течение первого года пребывания в детском саду заговорили все дети. У многих детей речь приобрела коммуникативные функции.

Все дети научились пользоваться чашкой, ложкой и вилок. Они больше не едят руками из тарелки и не лакают.

Некоторые дети участвуют во фронтальных занятиях вместе с группой.

Мы пресекли эксгибиционистские наклонности некоторых из них, когда раздевание в группе и на улице было единственной формой привлечения внимания. Как только ребенок стал пользоваться речью, раздевание на людях прекратилось.

Очень хочется надеяться, что некоторые из них смогут пойти в школу. Пусть вспомогательную. Сложность состоит в том, что не существует школ, которые были бы приспособлены для таких

детей. Поиск школы пока остается личным делом родителей, и результат отчасти зависит от их связей и «пробивных» способностей, а не от подготовленности ребенка.

Следует отметить, что любая положительная динамика может наблюдаться только при регулярных занятиях. Этот аспект характерен и для нормы, но в данном случае все утрировано. Если дети не регулярно посещают сад, то с ними просто невозможно установить достаточного контакта для успешных занятий. К тому же требования, которые мы предъявляем родителям, зачастую воспринимаются ими как слишком высокие. На самом деле одно только требование регулярно привозить ребенка уже многого стоит, так как эти дети живут часто достаточно далеко, и дорога для них и для родителей очень утомительна. При длительном отсутствии ребенка в саду родители дома с ним часто не занимаются. Помимо всего прочего, состояние детей нестабильно, и без контроля со стороны специалиста занятия не дают положительного результата.

Не все сложилось удачно. Некоторые дети, не имевшие возможности постоянно посещать детский сад, не дали положительной динамики.

В начале работы у нас не было четкой программы и критериев оценки результатов. Все, что мы имеем на данный момент, приобреталось в процессе живого общения с детьми. Наиболее значимой была способность отойти от выработанных стереотипов и возможность подстраиваться под ребенка. И, может быть, то, что мы сами поверили в свои возможности, и дает нам силы вместе идти дальше.

Меланченко Елизавета Александровна — невропатолог Центра лечебной педагогики (117311, Москва, ул. Строителей, 17б); эл. почта: cnt02@glasnet.ru

Подлепа Александра Станиславовна — нейропсихолог Интегративного детского сада № 1465 ЦОУ МКО «Наш дом на Пресне» (123317, Москва, Стрельбищенский пер., д. 21а)