

## **Практические рекомендации по социально-психологической адаптации детей с тяжелыми психическими заболеваниями в летнем оздоровительном лагере реабилитационного туризма**

*Жуков Е.С., Карвасарская И.Б.,  
Марцинкевич Н.Е. Покровская С.В.*

### **Содержание проблемы**

Одной из наиболее трудно адаптируемых групп детей с тяжелыми психическими заболеваниями являются дети с синдромом раннего детского аутизма.

Этот термин приобрел международную известность всего около пятидесяти лет назад и в общих чертах характеризуется как состояние патологически глубокой погруженности в себя и свой внутренний мир переживаний. Степень выраженности этого явления может быть разной.

Жизнь семьи, воспитывающей аутичного ребенка, во многом отличается от жизни других семей. Все выходы такой семьи в мир автоматически ограничиваются: ребенка не принимают в детский сад, с ним нельзя пойти в гости, принять гостей (ребенок непонятен и непредсказуем), он избирателен в еде, навыки самообслуживания долго не прививаются. Это происходит и в силу неприятия самим ребенком любых изменений.

Все вышеперечисленное влечет за собой вторичную изоляцию от мира, и если не проводить специальных коррекционных мероприятий, то пропасть, отделяющая ребенка от других людей, с течением времени становится все шире.

И если для любого другого ребенка с ограниченными возможностями проблема социальной адаптации носит больше технологический характер приобретения ими новых навыков, вплоть до

профессиональных, то в случае с аутизмом мы встречаемся с почти полной невозможностью их социализации в связи с глубокими нарушениями контактов с окружающим миром как таковых.

Все это создает крайне низкие возможности приспособления таких детей к нашей жизни. Официальная медицина разводит руками, убедившись в отсутствии улучшения их состояния путем медикаментозного лечения. Структуры образования, похоже, также не умеют сладить с ними, зачастую считая их «необучаемыми», а потому и не способными посещать даже специализированные детские учреждения. Результат этого — практически полная домашняя изоляция таких детей от сверстников и окружающих людей. Печальная альтернатива — помещение такого ребенка в дом инвалидов, то есть фатальный отказ от него.

Между тем среднестатистическое число аутистов, по различным оценкам специалистов, варьирует от 10 до 15 на 10 000 человек городского населения.

## Методологические подходы к решению проблемы

Среди различных методик работы с аутичными детьми наиболее популярна поведенческая психотерапия, применяемая во многих странах. Ее привлекательность — легко достижимый результат и наглядность обучения таких детей строго определенному набору навыков. Однако столь прагматичный подход на поверку оказывается весьма несовершенным и малоубедительным ввиду невозможности предусмотреть все разнообразие жизненных ситуаций, с которыми неминуемо столкнется ребенок.

На взгляд авторов, гораздо важнее развивать способности таких детей к самостоятельному поведению и умению правильно реагировать на постоянно изменяющиеся условия его существования. Один из путей решения этой задачи — *«терапия средой»*, то есть создание вокруг ребенка с тяжелым психическим заболеванием здоровой, социально активной среды общения, ориентированной на него и дающей ему возможность построения отношений с внешним миром в наиболее щадящем режиме. Обратная сторона этого процесса — *«терапия самой среды»*, то есть гуманизация современного общества за счет изменения собственного поведения и формирования цивилизованного, более терпимого отношения к людям с особенностями развития.

Как показывает практика, для социальной адаптации аутичных детей требуется непрерывный, как правило, многолетний психотерапевтический процесс, в котором задействованы специалисты различного профиля — психологи, врачи, педагоги, социальные работники, волонтеры.

Для обеспечения успешности этого процесса усилиями специалистов Центра психологической помощи при Санкт-Петербургском благотворительном фонде «Отцы и дети» сформированы постоянно действующие интегративные терапевтические группы, ядром которых являются здоровые дети-волонтеры. Эти дети участвуют в общем психотерапевтическом процессе на добровольных началах, осознанно, в качестве помощников психологов — *котерапевтов*, которые имеют опыт тренингового общения и обладают необходимыми личностными качествами для работы с аутичными детьми.

Продолжением этого психотерапевтического процесса в дни летних школьных каникул является выполнение Программы оздоровительного отдыха детей с тяжелыми психическими заболеваниями, преимущественно с синдромом раннего детского аутизма, в лагере реабилитационного туризма «Онега».

## **Основные цели и задачи программы**

**Основная цель программы** летнего оздоровительного отдыха в лагере реабилитационного туризма «Онега» — *интенсивная социально-психологическая реабилитация детей с тяжёлыми психическими заболеваниями* в условиях совместного проживания со здоровыми сверстниками сначала с сопровождающими, а в дальнейшем, по мере развития коммуникативных навыков, самостоятельно.

Следует отметить, что формируемая для этой цели терапевтическая среда создается максимально приближенной к условиям реальной жизни, для чего в состав участников программы включаются дети с нарушениями социального поведения — «трудные подростки», количество которых ограничено, а поведение является подконтрольным.

Таким образом, лагерь реабилитационного туризма представляет собой действующую микромодель интегрированного сообщества (дети с тяжелыми психическими заболеваниями и их родители; специалисты и волонтеры; здоровые дети-котерапевты и дети с нарушениями социального поведения), живущего в ре-

альных условиях, благодаря чему создаются оптимальные возможности для проведения эффективной социально-психологической реабилитации дезадаптивных детей и их последующей интеграции.

**Основными задачами данной программы являются:**

- интеграция детей с тяжелыми психическими заболеваниями;
- формирование у них навыков самостоятельного поведения;
- приобретение ими новых навыков самообслуживания;
- приобщение семьи к психотерапевтическому процессу;
- общефизическое оздоровление детей и подростков;
- привлечение здоровых сверстников к совместной деятельности с дезадаптивными детьми;
- интеграция профессионалов.

**Требования, предъявляемые к участникам программы**

Количество детей с тяжёлыми психическими заболеваниями (ТПЗ), одновременно проживающих в лагере, не должно превышать 35–40% от общего количества детей.

Дети с ТПЗ в возрасте до 8 лет находятся в лагере только в сопровождении взрослых (родителей или других родственников). Исключение составляют случаи отсутствия сопровождающих в походах продолжительностью менее трех дней. Дети старше 8 лет, в зависимости от степени развития навыков самообслуживания и степени привязанности к родителям, могут находиться в лагере как одни, так и с сопровождающими их родственниками.

Количество подростков с нарушениями социального поведения не должно превышать 15% от общего количества детей. Они являются основными помощниками сотрудников в обеспечении жизнедеятельности лагеря (подготовка к открытию и консервация базы, хозяйственные работы, благоустройство территории, подготовка и ремонт снаряжения), обладают хорошей физической подготовкой и опытом участия в походах различной степени сложности. Рамки поведения «трудных» подростков устанавливаются и контролируются психологами базы, осуществляющими коррекцию их поведения, направленную на изменение сознания в сторону общей гуманизации, как следствия нахождения в условиях повышенной ответственности.

Здоровые дети отдыхают в лагере без сопровождения взрослых. Минимальным требованием для них является обязательное посещение занятий Центра социально-психологической помо-

щи Фонда, где они знакомятся с особенностями поведения детей с тяжелыми психическими заболеваниями и совместно с психологами отрабатывают навыки взаимодействия с ними. Необходимым условием их пребывания в лагере также является наличие способностей к самообслуживанию в условиях жизни туристического лагеря и первичное знакомство с основами безопасности жизни (обращение с огнём, правила поведения на открытых водоемах, правила дорожного движения).

**Противопоказания** к пребыванию детей в лагере реабилитационного туризма: дети младше 4 лет; дети с наличием судорожных состояний (исключение составляют случаи ремиссии более пяти лет); дети, получающие активное постоянное лечение психотропными препаратами; дети, имеющие хронические соматические заболевания; выраженные аллергические состояния.

Непрерывность терапевтического процесса предполагает жесткие **требования к специалистам**: высокая эмоциональная и психологическая устойчивость, хорошее физическое здоровье, готовность к быстрому принятию решений в нестандартной ситуации, обязательный опыт работы с детьми с отклоняющимся от нормы поведением, высокий уровень способности к постоянному коллективному взаимодействию. Интеграция профессионалов представляет собой единое системное взаимодействие, выработанное совместными усилиями специалистов различного профиля (психологов, врачей, социальных работников).

Условия существования лагеря в открытой социальной среде (база находится в деревне) в сочетании с особенностями детей, проживающих в лагере, неизбежно приводят к появлению различных конфликтных ситуаций с местными жителями, которые могут быть неосознанно спровоцированы как со стороны населения, так и со стороны отдыхающих. Поэтому при организации лагеря необходимо учитывать жестко сформированное в нашем обществе негативное отношение к лицам с тяжелыми психическими заболеваниями, что требует от сотрудников базы умения гибко действовать в случае конфликтов и развивать контакты с людьми, живущими вокруг.

### **Формирование групп среди участников программы**

Формирование групп среди участников летней программы производится психологами центра не менее чем за два-три месяца до выезда в лагерь и имеет своей целью моделирование

наиболее оптимальных условий развития для всех участников психотерапевтического процесса с учетом их половозрастных характеристик, эмоционально-физических возможностей и психологических особенностей поведения.

Каждая такая группа включает в себя специалиста, детей с тяжелыми психическими заболеваниями и их сопровождающих, «трудных» подростков и здоровых детей-котерапевтов.

Сформированные группы размещаются в отдельных домиках туристической базы и являются самостоятельной единицей хозяйствования. Участники группы коллективно обсуждают и самостоятельно решают все вопросы, связанные с регламентом жизни домика (организация дежурств по кухне и уборке помещений, обеспечение домика водой, дровами и пр.) при активном участии каждого, включая детей с тяжелыми психическими заболеваниями.

При этом необходимо учитывать закономерные трудности, подчас возникающие в процессе совместного проживания столь разнородных групп людей. Как показывает трехлетний опыт работы лагеря, неумение, а зачастую и нежелание небольшой части родителей, сопровождающих детей-инвалидов, приспособиться к сложным бытовым условиям жизни в туристическом лагере может иногда приводить к появлению эмоционально напряженных неадекватных реакций на проблемные ситуации, которые, к сожалению, возникают, несмотря на предварительное разъяснение психологов и подготовку родителей к выезду в лагерь. Поэтому одной из важных задач специалистов является постоянный мониторинг психологического состояния группы и разрешение таких конфликтных ситуаций путем их направления в конструктивное русло.

В случае необходимости (конфликтная ситуация в группе, изменение состояния больного ребенка) специалистами производятся оперативные изменения в составе групп. При этом большая роль отводится детям-котерапевтам, которые совместно со специалистами поддерживают атмосферу принятия дезадаптивных детей и содействуют их включению в конструктивное общение и совместную деятельность.

## **Организация терапевтического процесса**

Одним из важнейших принципов жизни на базе является терапевтическая организация пространства, времени и среды об-

щения. При этом следует учитывать, что для части детей с тяжёлыми психическими заболеваниями организация их познавательной деятельности возможна только при участии взрослых.

Долговременной целью пребывания детей с ТПЗ является постепенное расширение исследуемого и осваиваемого им пространства:

- пространства домика;
- территории базы;
- близлежащих окрестностей (лес, озеро, деревня);
- участие в походах различной удаленности от базы.

В своей работе на базе специалисты сознательно отказались от жесткого расписания жизни лагеря по времени и видам деятельности с целью выработки у детей навыков самостоятельного принятия решений в условиях повышенной степени свободы выбора. При этом наибольшая часть решений принимается специалистами путем коллегиального обсуждения с привлечением к этому всех участников процесса. Исключения составляют экстремальные ситуации, в которых специалисты берут на себя всю полноту ответственности за принятие решений.

Для обеспечения динамики психотерапевтического процесса его условия постоянно меняются. Состав групп, проживающих в условиях базы или участвующих в походах, постоянно варьирует как по количеству и возрасту, так и по индивидуальным показателям психологического состояния детей.

На весь срок работы в лагере составляется рабочий план, который включает в себя время на адаптацию к условиям жизни туристического лагеря, установление партнерских взаимоотношений, подготовку к участию в походах и терапевтические занятия на базе.

Одним из важнейших компонентов терапевтического процесса является участие детей в походах различной степени сложности в целях ознакомления с природой и окружающим миром, дальнейшего развития навыков самообслуживания и общения, общефизического укрепления здоровья и активизации познавательной деятельности.

Протяженность туристических походов колеблется в пределах от 8 до 100 км, а время нахождения в походе — от 1 до 10 дней.

Проводятся следующие виды походов:

- пешие;
- байдарочные;



- смешанные (одна часть группы осваивает пешеходный маршрут, а другая — водный, периодически встречаясь на общих стоянках, где, в зависимости от психофизического состояния детей, происходит замена способа передвижения).

Дети с ТПЗ участвуют в походах различной степени сложности как вместе с родителями, так и самостоятельно. Для детей с тяжелыми формами аутизма и детей младшего школьного возраста организуются походы продолжительностью не более трех дней, доступные им как по физическим, так и по эмоциональным нагрузкам. Более сложные и длительные маршруты проводятся с детьми, уже имеющими опыт участия в них.

В силу особенностей северного климата и повышенной физической и эмоциональной нагрузки в походных условиях у его участников происходит активизация всех систем жизнедеятельности, а необходимость постоянного коллективного взаимодействия приводит к дальнейшему совершенствованию навыков общения. При этом родители, сопровождающие детей с тяжелыми психическими заболеваниями, получают возможность ознакомления с новыми адаптационными способностями своих детей и приобретают полезные навыки их воспитания.

Для подавляющего большинства детей с ТПЗ участие в программе деятельности лагеря реабилитационного туризма является уникальным опытом самостоятельного проживания в незнакомых для них условиях и с незнакомыми людьми. Поэтому адаптация таких детей к широкому спектру ситуаций, происходящих в жизни туристического лагеря, содействует максимальному расширению их круга общения и представления об окружающем мире.

Таким образом, лагерь реабилитационного туризма представляет собой активно действующую микромодель интегрированного общества (дети с тяжелыми психическими заболеваниями и их родители; специалисты и волонтеры; здоровые дети-котерапевты и дети с нарушениями социального поведения), живущего в реальных условиях, благодаря чему создаются оптимальные условия для проведения эффективной социально-психологической реабилитации дезадаптивных детей и их последующей интеграции в общество.



## **Клинико-психологическая экспертиза**

Основным критерием оценки работы лагеря реабилитационного туризма «Онега» является клинико-психологическая динамика состояния детей с тяжелыми психическими заболеваниями. Это, безусловно, не единственный критерий. При анализе деятельности лагеря можно использовать ряд других показателей, например частоту повторных заявлений родителей и изменение длительности пребывания детей в лагере, изменение характера и степени активности родителей во время подготовки к выезду в лагерь и во время жизни в нем, динамичность и разнообразие режима, например количество и длительность пеших или лодочных походов и количество детей с ТПЗ, способных участвовать в них. Но эти и, возможно, другие показатели в большей степени могут зависеть от климатических и сезонных условий, материальной оснащенности лагеря снаряжением и т.д. и требуют некоторой уже сложившейся стабильности, структурности и большей продолжительности работы (4–6 лет). Клинико-психологический критерий оценки более динамичен и в большей степени отражает качество реабилитационного процесса, но все-таки является скорее эмпирическим и во многом зависит от тех теоретических, концептуальных позиций и подходов, которых придерживается сама терапевтическая бригада (бихевиоральных, психодинамических, тренинговых и др.). Частично эта погрешность оценки может быть уменьшена, если в лагере работают много волонтеров (как взрослых, так и детей), профессиональный и личный опыт которых очень различен, а участие в работе и обсуждение ее ведется на равноправных, партнерских, началах.

Большинство детей с ТПЗ встречаются с постоянно наблюдающим их врачом незадолго до отъезда в лагерь и вскоре после возвращения. Результаты клинического обследования сопоставляются с отчетами или дневниками родителей, данными видеоматериалов за весь период пребывания ребенка в лагере, обсуждаются с психологами.

Основными клиническими особенностями детей, находившихся в лагере реабилитационного туризма, являются выраженные нарушения коммуникативного поведения (стереотипный,

ригидный, неконструктивный характер общения), отставание в психомоторном развитии, трудности в адаптации, связанные с эмоциональными, речевыми и двигательными проблемами. Поэтому оценка клинико-психологических изменений проводится по следующим параметрам:

1. Изменение характера общения и коммуникаций как на вербальном, так и на невербальном уровнях.

2. Изменение в характере и качестве стереотипных и защитных норм поведения (двигательные и речевые стереотипии, эхо-лалии в речи, манипулирование одним привычным предметом, ритуализация в еде, режиме, одежде).

3. Динамика аналитико-синтетических способностей, возможности к суждениям и умозаключениям на основе нового социального опыта, изменение объема долговременной памяти.

4. Изменение диапазона бытовых, двигательных и социальных навыков.

У детей с *синдромом раннего детского аутизма* наблюдались, главным образом, изменения по 1-му и 2-му параметрам и, как следствие, по 4-му.

Для детей этой группы особо значимыми были такие факторы, как насыщение общением, пребывание в эмоциональной и детально разнообразной среде, обилие новых сенсорных впечатлений при одновременной возможности уединиться. Принципиально важным является то, что эмоционально, социально, коммуникативно активное окружение, сформированное в условиях лагеря «Онега», не предъявляет аутичному ребенку прямых директивных требований, но и не придает «особое» значение его трудностям и неспособностям. Тем самым аутичный ребенок получает: а) возможность длительного наблюдения за окружением; б) определяет, формирует и направляет свои интересы и внимание к чему-либо более целенаправленно, чем раньше, поскольку деятельная и активно взаимодействующая внутри себя среда лагеря представляет опыт частых «микростолкновений», соприкосновения с другими; в) в результате он чаще оказывается в ситуации выбора (действовать или нет, присоединиться или нет, заявить о себе каким-либо образом или нет, кого выбрать для обращения и т.д.).

Таким образом, появляется возможность собственно внутренней мотивации к общению, что изначально столь трудно для аутичного ребенка. Вместе с этим, многие дети впервые начина-

ют узнавать и выделять окружающих людей, устанавливая субъектные связи. Расширение, обогащение коммуникативного опыта, наблюдение за окружающими людьми и пассивное или более активное включение в жизнеобеспечение лагеря способствуют повышению «порога» приемлемого, переносимого (шумы, движение, необходимость смены одежды, большое количество людей вокруг, вынужденное изменение привычного режима занятий из-за непогоды и др.), то есть многих вещей и событий, ранее травматичных для аутичного ребенка. Именно благодаря расширению этого диапазона приемлемого, привычные, ритуальные, защитные нормы поведения не усугубляются, как можно было бы ожидать, а, в большинстве случаев, даже смягчаются — в первую очередь это относится к речевым эхолалиям и двигательным стереотипиям. В меньшей степени изменяются защитные нормы поведения: манипулирование привычными предметами, приверженность к определенному порядку или вещам. Пребывание в социально активной, терапевтически ориентированной на ребенка среде, изменение уровня коммуникативного насыщения и уменьшение стереотипных форм поведения облегчают усвоение новых социальных навыков общения. Это особенно заметно по изменению речевого поведения: у некоторых аутичных детей впервые появляются самостоятельные попытки обращения, более отчетливое и правильное построение фраз, некоторые дети начинают использовать более широкий словарный запас, выражая свои желания или несогласие с окружающими людьми.

Другую значительную часть детей с ТПЗ составляют *дети с органическими нарушениями центральной нервной системы*, общим психическим недоразвитием. Большая часть из них является инвалидами с раннего возраста.

Наблюдавшиеся в этой группе изменения касались, главным образом, 3-го и 4-го параметров. Нередко даже в большей степени, чем дети с синдромом раннего детского аутизма, больные этой группы, в силу интеллектуальных, речевых, двигательных и поведенческих нарушений, оказываются изолированными в ограниченном пространстве квартиры, чрезвычайно опекаемы родителями и лишены контактов со сверстниками. Поэтому особо значимым для них было постоянное пребывание среди здоровых детей, их оценка и реакции на ту или иную ситуацию или поведение, эмоциональная поддержка, готовность помочь боль-

ному ребенку. Именно этот фактор играет, на наш взгляд, определяющую роль в изменениях: дети надолго запоминают события, людей, многие ситуации из жизни лагеря, охотно и часто возвращаются к фотографиям, видеозаписям, хотят снова увидеть того или другого знакомого человека. Появляются воспоминания, они актуально проживаются, в зависимости от интеллектуальных и речевых особенностей ребенка — проговариваются, комментируются, то есть происходит активизация мнестических процессов.

Большая часть детей этой группы принимает участие в бытовой жизни своего домика и лагеря в целом, в сопровождении взрослых и сверстников участвует в лодочных и пеших походах. Закономерность, последовательность, взаимозависимость многих явлений и действий получают наглядное и реальное обоснование и подтверждение («надо сделать то-то для того, чтобы...», «после того, как...» и т.д.). Многим детям с проблемами в развитии именно это помогает устанавливать новые и более глубокие причинно-следственные связи, ориентироваться во временных представлениях, формировать некоторые новые суждения и понятия.

Особо следует подчеркнуть роль сенсорной стимуляции в активизации психической деятельности этих детей. Возможность пробовать новые виды движений (лазание, ползание, балансирование — а это обычные походные ситуации), испытывать разнообразные тактильные, слуховые и зрительные ощущения, находиться под воздействием меняющихся погодных условий оказывается очень важным для развития и совершенствования процессов сенсорной интеграции, изначально нарушенных у детей с тяжелыми органическими нарушениями центральной нервной системы. Дифференцирование процессов восприятия, расширение объема самостоятельных движений, совместное планирование деятельности, осознание своего участия в нем повышают адаптационные возможности больного ребенка, способствуют появлению нового социального и личного опыта, а активизация эмоционального и речевого общения помогают попыткам выразить и сообщить этот опыт.

В заключение следует отметить, что любая аналитическая работа, связанная с описанием и оценкой деятельности интеграционного лагеря «Онега», должна проводиться при активном участии всех участников реабилитационного процесса — роди-

телей, волонтеров, социальных работников, врачей, психологов и самих детей.

**Жуков Евгений Сергеевич** — президент Санкт-Петербургского Общественного фонда помощи детям с особенностями развития «Отцы и дети» (191186, г. Санкт-Петербург, а/я 175, ул. Казанская, д. 5); эл. почта: [fondpd@nit.spb.su](mailto:fondpd@nit.spb.su)

**Карвасарская Ирина Борисовна** — психолог Санкт-Петербургского Общественного фонда помощи детям с особенностями развития «Отцы и дети» (191186, г. Санкт-Петербург, а/я 175, ул. Казанская, д. 5); эл. почта: [fondpd@nit.spb.su](mailto:fondpd@nit.spb.su)

**Марцинкевич Наталья Евгеньевна** — канд. мед. наук, врач-психиатр Санкт-Петербургского Общественного фонда помощи детям с особенностями развития «Отцы и дети» (191186, г. Санкт-Петербург, а/я 175, ул. Казанская, д. 5); эл. почта: [fondpd@nit.spb.su](mailto:fondpd@nit.spb.su)

**Покровская Светлана Валерьевна** — психолог Санкт-Петербургского Общественного фонда помощи детям с особенностями развития «Отцы и дети» (191186, г. Санкт-Петербург, а/я 175, ул. Казанская, д. 5); эл. почта: [fondpd@nit.spb.su](mailto:fondpd@nit.spb.su)