

Нейропсихологическое сопровождение детей и подростков: основные принципы организации

Аgris Анастасия Романовна

Нейропсихолог, клинический психолог, кандидат психологических наук

Доцент кафедры общей психологии, методолог магистерской программы «Клиническая психология» факультета психологии ИОН РАНХиГС

Зав. кафедрой клинической психологии ЧОУ ДПО «Институт возрастной нейропсихологии»

Детский нейропсихолог, методист МПЦ «Территория счастья»

agris.anastasia@gmail.com

Захарова Марина Николаевна

Нейропсихолог, клинический психолог

Старший научный сотрудник лаборатории нейрофизиологии когнитивной деятельности Института возрастной физиологии РАО

Руководитель, детский нейропсихолог МПЦ «Территория счастья»

voronova-m@mail.ru

В современной российской системе психологической помощи детям и подросткам в последние годы крайне возрос интерес к нейропсихологической диагностике и коррекции. Еще 15 и даже 10 лет назад, по воспоминаниям авторов этой статьи, при трудоустройстве на работу специалист с записью «Нейропсихология» в дипломе обязательно получал много вопросов о том, что это за профессия и чем она отличается от профессии психолога, невролога или других с подобным названием. При этом в небольшом числе вузов, в которых такую специализацию можно было освоить, нейропсихологов фактически готовили уже очень давно (по сути – начиная с 1950-х-1960-х годов, когда первые ученики Александра Романовича Лурии, основателя этой науки, стали делать свои собственные открытия и шаги в этой области). Однако долгие десятилетия такие специалисты оставались «штучными», выращивались в тесном личном взаимодействии с ведущими учеными-нейропсихологами. Удивительно, но для многих специалистов в сфере работы с детьми оказывается новостью и столь давняя (идущая от 1940-х годов прошлого века) история этой профессии, и то, что до 1990-х годов, когда нейропсихологи начали систематически пробовать себя в работе с детьми, нейропсихологическая практика была сосредоточена на взрослых «локальных» больных с последствиями травм, опухолевых, сосудистых и других органических поражений ЦНС.

Однако 50-летняя история нейропсихологии как метода помощи таким пациентам оставалась не очень широко известной – исторически сложилось так, что сфера реабилитации взрослых людей никогда не вызывала в нашей стране активного социального интереса. Тема помощи детям всегда волновала людей, видящих себя в сфере помога-

ющих профессий, и просто широкую общественность гораздо больше. На протяжении всего прошлого века возрастал интерес к вопросам детского развития и к методам воздействия на него – к тому, как правильно заниматься воспитанием и обучением детей, желательно с учетом всех современных научных достижений в этой сфере. В XXI веке этот интерес стал буквально массовым: сейчас, пожалуй, практически каждая современная мама подписана хотя бы на один паблик в социальных сетях, посвященный теме детства и развития детей того или иного возраста, спрос на популярную литературу на эту тему остается стабильно высоким, а число обращений к специалистам психолого-педагогического профиля год от года растет. Причем если раньше «пойти к психологу» для родителя нередко означало признать наличие у своего ребенка тяжелых, не первый год не поддающихся решению силами семьи проблем, то теперь на психологическую диагностику с интересом приходят с целью получить общую оценку уровня развития, услышать рекомендации по подготовке к школе или направлениям дополнительного образования относительно детей, не имеющих в данный момент никаких объективных проблем в обучении, социализации и адаптации. Растет и число обращений по поводу тех или иных трудностей в развитии, причем уже совсем не обязательно выраженных: скажем, все больше родителей пробуют разобраться в причинах школьной неуспеваемости, тогда как еще лет 15-20 назад практически никто бы не относился к ней как к проблеме, которую можно решать иначе, нежели воспитательными беседами с ребенком по поводу необходимости преодолеть лень и больше заниматься или походами к репетиторам, учителям по тому или иному предмету. Мы не будем вдаваться в обсуждение вопроса о том, чем вызван подобный бум интереса к детскому развитию, – об этом уже написано достаточно. Согласимся с регулярно звучащим утверждением о том, что за ним стоят в итоге крайне разнообразные по своему происхождению социальные и культурные изменения самого сознания людей, становящихся родителями в современном мире, с пересмотром ценностей и приоритетов в сторону детства.

В этих условиях очень возрос интерес к новым методам помощи при различных нарушениях в развитии. Отечественные специалисты-практики в сфере коррекционной педагогики и специальной психологии стали активно знакомиться с зарубежными методами и подходами, а также искать и среди отечественных разработок те, которые еще не были ими опробованы. Здесь и случился качественный скачок интереса к нейропсихологическим методам работы с детьми. Этому способствовало сразу многое – и системный тренд в мировой науке на изучение развития не только психических функций, но и стоящих за ними мозговых механизмов, и стремление рассматривать эти явления в связке, что и обеспечивает нейропсихологический подход, и накопление к этому моменту в отечественной нейропсихологии опыта исследований и методик диагностической и коррекционной работы с детьми (от первых исследований Э.Г. Симерницкой и публикации Н.К. Корсаковой, Ю.В. Микадзе, Е.Ю. Балашовой «Неуспевающие дети» до работ Т.В. Ахутиной, Ж.М. Глозман и, конечно, первой набравшей популярность за пределами узкого круга нейропсихологов А.В. Семенович). Работки и опыт нейропсихологов постепенно проникали в более широкую профессиональную среду и вызывали там большой интерес, тем более что появляющиеся все чаще в психологических центрах, медицинских учреждениях, а также садах и школах детские нейропсихологи своим примером показывали, насколько эффективными могут быть эти еще малоизвестные в сфере коррекционной педагогики приемы помощи.

Научный интерес к связи мозга и психики быстро вошел в массовое сознание – причем не всегда профильный специалист может порадоваться этому: нередко за «ин-

тересом к мозгу» у родителей или, увы, даже специалистов стоит на самом деле по сути нейрофизиологическая редукция – стремление за счет анализа мозговых процессов не искать психологические механизмы той или иной проблемы, которые нередко уводят в разговор о среде, в которой развивается ребенок, о тех стратегиях воспитания и формах общения, о тех образцах поведения и способах реагирования, которые он из этой среды получает. Далеко не всегда этот разговор приятен и посилен, и защититься от него через такую своеобразную форму интеллектуализации проблемы с переводом разговора с психики на мозг порой эмоционально очень безопасно.

К сожалению, такая по сути психологическая защита нередко поддерживается и специалистами – но по другим механизмам. Знания о мозге и его работе, о биологических основаниях психики, несомненно, нужны на самом деле любому профессионалу в сфере работы с людьми, – но, к сожалению, они нередко воспринимаются не как дополняющие, а как заменяющие или отменяющие многие психологические или коррекционно-педагогические методы и объяснительные схемы. Особенно часто это бывает у специалистов, которые начинают знакомиться с нейропсихологией после обучения в психологическом ВУЗе без последующего практико-ориентированного постдипломного образования, – психология кажется им на этом этапе чем-то «неконкретным», «без всякой логики» и «не применимым к практике». В зоне риска оказываются и специалисты, которые уже имели тот или иной профессиональный опыт, но натолкнулись в нем на ограничения имеющихся у них методов и приемов (абсолютно неизбежные в любой специальности) и не нашли по этому поводу должной профессиональной поддержки (скажем, в виде удачных курсов повышения квалификации в своей области или супервизий / интервизий со стороны более опытных коллег). Тогда знания «о мозге» оказываются своего рода спасением. Специалист, испытывая острый дефицит информации о происходящем с его клиентом, вдруг получает о нем огромное количество новых знаний – о том, что происходит в его мозге и нервной системе. Ни в коем случае не преуменьшая значение этих знаний, вспомним только о том, что при этом специалист, продолжающий оставаться психологом или педагогом, не может, как, скажем, врач, влиять на эти процессы напрямую – все равно работать он будет через те или иные задания, упражнения, приемы, тот или иной способ контакта и организации среды, а не биологическими инструментами (скажем, медикаментозно). Повторимся: это не значит, что знание о биологической составляющей не нужно и вредно, напротив, в огромном количестве случаев оно крайне ценно в том числе для того, чтобы простраивать и маршрут своих занятий (выбирать цели, методы работы), и маршрут сопровождения ребенка в целом (давать рекомендации семье, рекомендовать обращение к смежным специалистам). Но, к сожалению, в огромном количестве случаев стремление найти в мозговых механизмах причины проблем ребенка приводят порой к полному игнорированию при интерпретации результатов диагностики психосоциальных механизмов, которые всегда (даже при наличии мозговых факторов этиопатогенеза!) оказывают значимое влияние на имеющиеся трудности, а порой оказываются и просто ведущими в формировании структуры нарушений, иногда являясь и вообще единственными.

Увы, многолетняя практика супервизий специалистов, которые регулярно обращаются к авторам этих строк за помощью в выстраивании маршрутов сопровождения своих клиентов, показывает, что энтузиазм, возникающий даже у опытных профессионалов от изучения мозговых основ работы психики, нередко приводит именно к подобным ошибкам, – и нам приходится указывать тогда на лежащий очень далеко от выявленных в диагностике закономерностей работы мозга ребенка запрос его семьи, на не объясня-

ющиеся теми или иными особенностями функционирования нейропсихологических факторов (либо объясняющиеся ими далеко не в полном объеме) эмоциональные и поведенческие проявления ребенка, своеобразие его мотивационно-потребностной сферы или на крайне важные для понимания его проблем характеристики семейной системы и детско-родительских отношений. Часто результаты такой супервизии оказываются обескураживающими для наших коллег, ожидавших от нас, нейропсихологов, новых знаний о еще неизвестных им нюансах работы мозга, которые должны были, по их мнению, пролить свет на проблемы в работе с клиентом. Сами специалисты по итогам подобных обсуждений делятся тем, что им очень важно было бы овладеть таким способом мыслить раньше, еще на этапе обучения методам нейропсихологической работы.

Конечно, здесь сразу возникает и много вопросов, касающихся современного состояния профессионального образования нейропсихологов. Выше уже говорилось о том, что еще 10-15 лет назад такую специальность можно было получить только как полноценную профессию, которой нужно было обучаться в рамках освоения программы специалитета по клинической психологии. Обучали таких специалистов всего в нескольких вузах, а программы обучения были выверены годами. Количество нейропсихологов, выпускаемых с дипломами каждый год, было, таким образом, невелико, уровень их подготовки был относительно предсказуем и гарантирован проверенными программами и преподавателями, а также тем, что обучение нейропсихологии обязательно предполагало освоение базовых для нее психологических (поскольку нейропсихолог – не педагог и не врач, а именно психолог) и клиничко-психологических дисциплин. Вследствие этого любой нейропсихолог имел достаточные знания в области общей психологии, психологии личности и возрастной психологии (то есть понимал, как устроены психологические процессы в норме и какой путь развития в случае нормального онтогенеза они проходят), базовые представления из области наук о мозге (нейрофизиологии) и медицины (неврологии и психиатрии), а также, разумеется, мог всегда привлечь к интерпретации результатов диагностики или хода работы в коррекции свои знания из области патопсихологии, психосоматики, психологии аномального развития, основ психотерапии и психологического консультирования – профильных для клинического психолога дисциплин. Разумеется, нейропсихологические знания такого специалиста никогда не ограничивались знаниями детской нейропсихологии – исходно обучение нейропсихолога всегда начиналось с курса, посвященного локальным поражениям мозга во взрослом возрасте, и только после ряда теоретических и практических дисциплин «по взрослым» в программе появлялись курсы по нейропсихологии детского возраста. Стоит, конечно, помнить и о том, что все перечисленные дисциплины осваивались в течение значительного количества часов, часто по-хорошему неспешно, предполагали серьезную промежуточную и итоговую аттестацию и подкреплялись выходами на клинические базы для работы с пациентами, а написание исследовательских курсовых и дипломных работ, обязательное для специалиста, получающего полноценное высшее образование, становилось еще одним способом закрепить и систематизировать полученные знания под кураторством опытного руководителя. Мы не склонны здесь впадать в ностальгическую романтизацию этого периода становления детской нейропсихологии в нашей стране – у него были и свои проблемы: к примеру, все выпускники таких фундаментальных программ, включая авторов данной статьи, ощущали к моменту получения диплома разрыв между действительно фундаментальной и усвоенной как рабочий инструмент профессионального мышления теоретической базой и явным дефицитом практического опыта как в области нейропсихологической диагностики, так и, особенно, в сфере конкретных

методов и приемов нейропсихологической коррекции. Но многие практические навыки при хорошей системе знаний набирались быстро – причем так, что сами складывались в рабочую систему с опорой на достойную базу. Конечно же, это не отменяло непрерывного, как, наверно, в профессиональной жизни любого психолога, постдипломного образования и самообразования.

Однако сейчас подавляющее число специалистов, работающих как нейропсихологи (то есть представляющих своим клиентам таким образом, применяющих нейропсихологические методики в диагностической и коррекционной работе, оперирующих в своих заключениях и в общении с клиентами нейропсихологическими терминами – самоопределяющихся профессионально именно в рамках данной специальности), имеет совсем другую историю обучения. Чаще всего это специалисты с базовым образованием в области психологии (не клинической, а возрастной психологии, психологии личности, психологии образования), коррекционной (логопедия, дефектология) или просто обычной (дошкольной, школьной – чаще начальной школы) педагогики – а порой и вообще имеющие базовое образование совсем в другой области (экономика, юриспруденция и т.п.). Нередко это люди с большим профессиональным стажем, в том числе с перерывом на время, посвященное в декрете своим детям и семьям, давно получившие первое высшее образование. Их обучение по нейропсихологии часто проходит на тех или иных курсах повышения квалификации в области нейропсихологии – и часто число часов, которое реально было затрачено на освоение ими новой специальности, пугающе мало. Авторам приходилось встречаться со специалистами, которые «стали» нейропсихологами (будучи до этого психологами или логопедами) за 72, 48 или даже 24 академических часа (против 5 лет специалитета ранее!). Разумеется, многие из специалистов получали и более объемную подготовку в размере около 1000 часов – но очень часто набор дисциплин и их качество даже в таких длительных программах, к несчастью, не обеспечивали той системной теоретической базы, которую ранее по умолчанию должны были иметь нейропсихологи и без которой качество их работы не может быть гарантированно высоким. Что же до краткосрочных программ, то, конечно, они принципиально не могут дать ни одному специалисту достаточной разносторонней подготовки даже при их высоком качестве. Ни о каком овладении системой представлений по основным областям клинической психологии за такой срок не может идти и речи – а без них использование только нейропсихологических знаний дает упрощенное, часто слишком узкое понимание анализируемых клинических случаев. Скажем, описать проблемы ребенка как связанные во многом со слабостью процессов планирования и контроля (функций III структурно-функционального блока мозга по А.Р. Лурии) – важный диагностический результат, но понимание того, в рамках какого типа дизонтогенеза мы наблюдаем это нарушение, должно обязательно присутствовать в анализе результатов нейропсихологического обследования: если, скажем, эти проблемы отмечаются в структуре задержанного развития, стратегия работы будет выглядеть одним образом, а если перед нами при этом ребенок с чертами искаженного развития, ему следует предлагать совсем другой маршрут сопровождения. К слову, именно построение маршрута и понимание того, какие специалисты и методы помощи будут нужны тому или иному клиенту помимо работы нейропсихолога, очень страдает у большинства специалистов с неполным, несистемным нейропсихологическим образованием. В итоге не обученные нейропсихологии *ab ovo*, от основ специалисты оказываются недостаточно компетентны не только в смежных со своей основной специальностью областях, но и в собственных способах анализа и интерпретации данных, что мы сплошь и рядом наблюдаем в попа-

дающих в наши руки нейропсихологических заключениях: в них регулярно встречаются ошибки в анализе конкретных симптомов и в употреблении терминов, а также упрощенные или необоснованные ходы в интерпретации результатов – с грубейшим прямым переносом без каких-либо оговорок и указанных ограничений, скажем, знаний из области клиники локальных поражений мозга у взрослых на детей, причем детей без локальных очагов повреждения ЦНС.

Не будем, впрочем, и стоять на том, что специалисты, получившие хорошую фундаментальную подготовку по нейропсихологии, застрахованы от многих ошибок и упрощений в своей работе. Как мы уже говорили выше, их проблемой является нехватка чисто практических знаний, особенно в области конкретных методов и приемов коррекции. Побывав за время обучения порой всего на 1-2 коррекционных занятиях и узнав на курсах по коррекционно-развивающему обучению счетное количество конкретных методик и упражнений, начинающие нейропсихологи с университетской подготовкой оказываются вынуждены срочно добирать знания такого прикладного толка – и опыт показывает, что даже спустя некоторое время после начала собственной работы с клиентами их методический арсенал оказывается заметно уже, чем того требует эффективная коррекционная работа. При этом всегда есть также риск того, что такой нередко стихийный и экстренный набор работающих методик, упражнений и приемов хорошо обученным, но имеющим недостаточный стаж специалистом превратится просто в свалку несистематизированных в единой логике игр и заданий, которые применяются нередко по факту в отрыве от вполне обоснованно описанных с опорой на хорошо усвоенные профессиональные знания результатов диагностики.

С трудностями систематизации новых знаний и инструментов сталкиваются и начинающие специалисты, приходящие в нейропсихологию из смежных областей: очень часто их первые шаги в нейропсихологии – это посещение крайне популярных сейчас в психолого-педагогической среде краткосрочных вебинаров и мастер-классов, где слушателей знакомят с тем или иным изолированным приемом помощи / набором упражнений / игровым развивающим пособием. При этом порой авторы методики или игры сами скорее интуитивно догадываются о том, какие возможности у предлагаемого ими метода реально могут быть в нейропсихологической коррекции, очень неточно (а иногда и просто ошибочно) обозначают те психокоррекционные мишени, на которые может работать тот или иной инструмент, а в ряде случаев вообще просто используют повальный интерес профессионального и родительского сообществ к нейропсихологии в маркетинговых целях – так появляются «нейроигры», «нейропрописи», «нейроручки» и многие другие отлично продающиеся с такой рекламной приставкой товары, не имеющие никакой рабочей ценности в изолированном виде, без их встраивания в профессионально разработанную комплексную программу нейропсихологической коррекции, всегда создаваемую строго индивидуально под конкретного ребенка исключительно по итогам его диагностики. На курсах повышения квалификации мы постоянно вынуждены исправлять ошибки профессионального мышления слишком увлекшихся этим трендом специалистов, указывая им на то, что наполнение шкафа в своем кабинете сотней таких «нейротренажеров» (порой с совершенно не доказанной производителями эффективностью) не продвигает их к росту результативности коррекционной работы, если они при этом продолжают интерпретировать результаты обследования упрощенно и узко и прописывать схему сопровождения ребенка просто как несистематизированную совокупность подобных «уникальных» «инновационных» «нейропсихологических» приемов. Если завершить здесь разговор об индуцированном интересом к мозговым ос-

новам психики увлечении недостаточно проверенными и порой даже строящимися на непонятных с научной точки зрения основаниях путями помощи, нельзя, наверно, не упомянуть также и о повальном стремлении специалистов к направлению детей с особенностями развития на те или иные процедуры, предполагающие аппаратное воздействие на ЦНС (Томатис, БАК и т.п.). Надежды на «уникальный» эффект с «качественным» прорывом в развитии, которые возлагаются на эти методы, заставляют здесь наших коллег нередко терять осторожность и просто нарушать профессиональные границы, рекомендуя подобные процедуры без консультации с профильными врачами (неврологом, в ряде случаев и психиатром). Это, на наш взгляд, принципиально недопустимо хотя бы потому, что (и это тоже важно проговаривать открыто в профессиональном сообществе) систематического изучения эффективности практически всех таких методов стимуляции активности ЦНС или воздействия на нее тем или иным путем пока не проводились, а отдельные имеющиеся исследования, к сожалению, не соответствуют требованиям международных стандартов доказательной медицины и современной экспериментальной науки, предъявляемым к проверке гипотез о связи тех или иных методов помощи и изменений в состоянии пациента; клинические же наблюдения по этому поводу носят также недостаточно систематизированный характер, но содержат описания крайне разнообразных и по силе, и, к сожалению, по направленности эффектов применения таких инструментов – от сообщений о тех или иных положительных сдвигах в развитии (в которых нельзя зачастую отделить эффект того или иного метода стимуляции от эффекта многих других параллельно применяемых семьей медикаментозных и психолого-педагогических инструментов воздействия) до сведений о довольно заметных откатах и регрессах и появлении той или иной новой психопатологической симптоматики в период прохождения курсов стимуляции или непосредственно после них.

Все перечисленные проблемы приводят к тому, что современное информационное пространство буквально затоплено разнообразными **мифами о работе нейропсихолога**, которые, к несчастью, циркулируют и в чрезвычайно расширившемся в последнее время профессиональном сообществе. Перечислим только некоторые из них, не берясь в данной публикации за подробный разбор их происхождения, за которым почти всегда стоит, к сожалению, нехватка систематических профессиональных знаний – а это, в свою очередь, вытекает из самой социальной ситуации развития детской нейропсихологии в нашей стране, когда резко возросший в последние годы интерес к этой профессии и спрос на специалистов в данной области сильно опережает, как мы попытались показать, и развитие системы их профессиональной подготовки, и формирование организованного и способного к рефлексии накапливаемого опыта профессионального сообщества:

- помощь нейропсихолога будет эффективна только до определенного возраста (вариантов много – до 6-7 / до 10-12 / до 14-16 лет) – удивительно, конечно, как вообще могло возникнуть подобное заблуждение по поводу той системы помощи, которая исходно была разработана для преодоления проблем *взрослых* пациентов с органическими поражениями ЦНС; зеркальная версия данного заблуждения – то, что нейропсихолог может быть полезен детям только после 3 (4 / 6) лет: происхождение этого убеждения более понятно и связано с недостаточной разработанностью стандартизированного диагностического протокола нейропсихологического обследования на этот возраст и не-

хваткой методических разработок по адаптации под него методов нейропсихологической коррекции, но все же важно понимать, что принципиальных ограничений «по возрасту» нейропсихолог в работе со своими клиентами не имеет;

- нейропсихолог всегда работает только с детьми с теми или иными серьезными отклонениями в развитии (или зеркальное отражение этого мифа – нейропсихолог не работает с детьми с тяжелыми нарушениями в развитии и не может быть эффективен в этой работе) – здесь налицо смешение предметных полей нейропсихологии и клинической психологии либо, напротив, полное непонимание их тесной связи;

- нейропсихолог всегда является самым важным и наиболее полезным специалистом для детей с трудностями в обучении в школе (варианты – детей с расстройствами аутистического спектра / задержкой в развитии / моторными нарушениями / нарушениями на сенсорном уровне) – о том, нужен или нет тому или иному ребенку нейропсихолог, никогда нельзя сказать по его диагнозу или набору симптомов, на этот вопрос может позволить ответить только развернутая нейропсихологическая диагностика с обязательной работой с актуальным запросом семьи;

- нейропсихолог может работать с самым разным спектром психологических проблем – от познавательных трудностей до проблем с поведением и эмоциями, поскольку все эти психические процессы и явления так или иначе связаны с мозгом, – важно здесь понимать, что нейропсихология познавательных процессов действительно является довольно хорошо изученной областью, а вот нейропсихологический подход к эмоционально-личностной сфере пока разработан только в виде отдельных исследований и клинических находок, причем преимущественно не в области именно детской нейропсихологии, а также отдавать себе отчет в том, что факторы социальной ситуации развития играют в формировании тех или иных эмоционально-личностных особенностей и рисунка поведения часто куда более решающую роль, чем чисто биологические предрасположения или даже текущее состояние тех или иных мозговых систем (которое является *результатом взаимодействия* биологических и социальных факторов). Проще говоря, искать «в мозге» причины проблемного поведения или тех или иных особенностей эмоционального реагирования часто оказывается крайне непродуктивным занятием, поскольку свойства нервной системы детерминируют напрямую в первую очередь характеристики базального уровня эмоционального реагирования (особенности темперамента как проявления нейродинамического баланса процессов возбуждения и торможения), но никак не могут объяснить очень многие индивидуальные мотивационно-личностные черты или помочь их скорректировать, как часто и не могут помочь напрямую справиться с проблемами регуляции поведения и эмоций (для которой определенные психологические навыки и умения оказываются порой не то что не менее, а гораздо более важными, чем зрелость связанных с саморегуляцией мозговых механизмов – только лишь почвы для ее протекания, необходимого, но *не достаточного* условия ее реализации); здесь мы вынуждены с сожалением констатировать, что даже в профессиональном нейропсихологическом сообществе не всегда встречается такое четкое понимание границ текущих возможностей нашей профессии, что является его серьезной внутренней проблемой;

- нейропсихолог обязательно нужен всем левшам и детям с амбидекстральным профилем латеральных предпочтений, без его помощи у них могут возникнуть серьезные проблемы в развитии, – интересно, как согласуется это с базовыми для нейропсихоло-

гии индивидуальных различий научно обоснованными представлениями о левшестве и амбидекстрии как нормативном самом по себе варианте развития межполушарных отношений (где т.н. «патологическое левшество» – частный случай и исключение из правила, а не повсеместное явление); близкие к этому мифы – о том, что каждому ребенку обязательно надо определить «ведущую руку» в поисках якобы повсеместно распространенного и крайне опасного для будущего развития «скрытого левшества»;

- основная цель работы нейропсихолога – развитие межполушарных связей / доминантного / субдоминантного полушария: профессиональных нейропсихологов неизменно поражает, как являющийся лишь одним из многих (причем реально достаточно редко встречающийся и во взрослой, и в детской клинике) нейропсихологических синдромов синдром нарушения межполушарного взаимодействия получил в последнее время без опоры на доказательные научные исследования статус почти что самого часто встречающегося нейропсихологического дефицита, наличие которого у ребенка доказывается по присутствию в клинической картине тех симптомов, которые зачастую можно с тем же успехом (а чаще всего просто гораздо более обоснованно с научной точки зрения) объяснить слабостью совсем других нейропсихологических механизмов – а порой и вообще нельзя аргументированно трактовать с применением нейропсихологического подхода; это же касается и необоснованно популярных далеко за пределами нейропсихологии представлений о том, какую роль в обеспечении тех или иных процессов играет правое / левое полушарие мозга, чаще всего либо просто неверных, либо упрощенных или неполных;

- основной (или даже единственный) метод, которым пользуется нейропсихолог, – двигательная (сенсомоторная) коррекция (вплоть до того, что специалист, который в работе с тем или иным ребенком использует данный метод не как ведущий или вообще прибегает к нему по минимуму, что часто вполне обосновано результатами диагностики, вызывает недоверие и у коллег, и у родителей: видимо, это «не настоящий» нейропсихолог) – реально в работе баланс между двигательными, игровыми, бланковыми заданиями и даже заданиями, близкими к учебным (школьным) упражнениям, определяется исключительно по результатам обследования ребенка с учетом его общего уровня развития, возраста и запроса, а столь распространенный миф «нейропсихологическая коррекция – это всегда двигательная коррекция» связан с историей разработки и распространения в нашей стране приемов нейропсихологической помощи: в 1990-е гг. усилиями рабочей группы нейропсихолога А.В. Семенович был разработан т.н. метод замещающего онтогенеза, в котором центральная (но не единственная!) роль отводилась приемам работы с сенсорными и моторными функциями с целью коррекции состояния тех или иных мозговых механизмов ВПФ, и именно из работ А.В. Семенович и ее обучающих курсов многие представители психолого-педагогического сообщества впервые узнали о нейропсихологическом подходе к нарушениям детского развития; как это часто бывает, первое впечатление оказалось самым сильным, и многочисленные последующие публикации по теме нейропсихологической коррекции (Т.В. Ахутиной, Ж.М. Глозман и других, порой имеющих международную известность специалистов) уже много лет не могут его уточнить и дополнить;

- нейропсихолог очень нужен абсолютно всем детям для их общего гармоничного (вариант – ускоренного / направленного на формирование тех или иных избирательных способностей, к примеру, раннего билингвизма) развития, поскольку сможет с раннего возраста правильно направить его с учетом достижений «нейропедагогики» в нужное

русло, стимулируя специально развитие тех или иных областей мозга, – здесь хочется снова вернуться к крайне неоднозначной теме рисков избыточно большого внимания к определенным направленным воздействиям на детское развитие, последствия которых нередко хочется очертить фразами «не чините то, что не ломалось» и «лучшее – враг хорошего», а также проанализировать с точки зрения того, как в погоне за такими попытками куда-то «направить» ребенка игнорируются самые базовые возрастно-психологические знания о ведущей для того или иного возраста деятельности, нормативах формирования основных психических функций и необходимой для этого социальной ситуации развития, – и выразить большое сожаление по поводу того, что мода на нейропсихологию вовлекает в эту далеко не всегда полезную для детей активность родителей и педагогов еще и этих специалистов, чей авторитет сейчас порой удивительно высок (огромное количество семей скорее прислушается к экспертному мнению не психолога или логопеда, а нейропсихолога – само название профессии, надежно опирающееся на вселяющую уверенность в его научной обоснованности приставку «нейро-», к этому очень предрасполагает, как и новизна данного подхода, а также, увы, его крайне (явно избыточно) активный, если порой не агрессивный пиар).

Про каждый из перечисленных пунктов можно было бы не ограничиваться краткими комментариями, а написать не одну страницу обоснованных опровержений, а сам приведенный выше список можно было бы продолжить, но это выходит за пределы задач данной публикации, цель которой – не исчерпывающее описание всех нюансов многочисленных «болезней роста» современной нейропсихологии детского возраста (неизбежных с учетом ее не столь давней, как мы, не претендуя, разумеется на полноценный очерк по данной теме, обсуждали выше, истории существования в поле психолого-педагогических практик помощи детям), а попытка (одна из первых, насколько нам известно, в отечественном профессиональном сообществе) подойти к их решению через формулирование круга профессиональных компетенций, очерчивание профессиональных границ, обозначение возможностей и ограничений нейропсихологического подхода и описание вытекающих из этого требований к организации нейропсихологического сопровождения (авторы позволяют себе ввести здесь по аналогии с психотерапевтической помощью термин «нейропсихологический сеттинг» как совокупность обязательных условий и ограничений при ведении такой работы) детей и подростков.

Психотерапевтические термины возникли в предыдущем абзаце не случайно. Любое проектирование той или иной профессиональной практики должно начинаться с четкого профессионального самоопределения реализующих ее специалистов – и выше мы уже его производили, говоря о том, что детский нейропсихолог – это в первую очередь *психолог* (а не врач, не учитель и не коррекционный педагог). Это означает по определению, что очень многие правила ведения практической деятельности должны совершенно неизбежно быть взяты нейропсихологией из рамочной по отношению к ней сферы – практической психологии. На наш взгляд, это исходное условие предоставляет для развития профессиональной этики и правил работы нейропсихолога крайне плодородную почву. Дело в том, что в отличие от нейропсихологии, ставшей столь широко популярной совсем недавно, психология уже достаточно успешно прошла в нашей стране по крайней мере первый этап выращивания профессионального сообщества и выработки основных правил работы в нем. Мы уверены, что те читатели данной публикации, которые являются практикующими психологами с большим стажем, нашли при чтении предыдущих страниц много параллелей между теми проблемами, с которыми сталкиваются современные детские нейропсихологи, и ситуацией в практической психологии

(психологическом консультировании, немедицинской психотерапии) периода 1990-х – начала 2000-х годов. На этот опыт нейропсихологам, несомненно, нужно опираться, чтобы не «изобретать велосипед» и не повторять все уже проделанные поиски заново, действуя методом проб и ошибок, часто дорого обходящихся и клиентам, и специалистам.

Начиная эту работу, которая в данной публикации может быть, конечно же, только намечена вчерне, а не реализована в полном объеме, нельзя не коснуться темы **профессиональной этики ведения нейропсихологической работы с детьми**. При ее выстраивании мы снова возвращаемся к уже высказанной мысли о том, что этика работы нейропсихолога включает в себя как минимум все те правила, которые являются обязательными для всех практических психологов вообще – и это важно, потому что многие специалисты, получившие нейропсихологические знания на базе не психологического, а, скажем, педагогического образования, должны в этой связи поставить перед собой задачу знакомства с этическим кодексом практического психолога и интериоризации всех его правил в свою профессиональную деятельность. Напомним кратко, что он включает в себя положения, касающиеся уважения к клиенту (из чего вытекают в том числе требования обеспечения конфиденциальности, добровольного информированного согласия клиента на сопровождение и права клиента на выбор и самоопределение в сотрудничестве со специалистом), компетентности специалиста (в том числе соблюдения границ компетентности), его ответственности (в том числе в выборе методов работы с учетом состояния клиента) и честности (в том числе открытости перед профессиональным сообществом, готовности обсуждать с коллегами свою деятельность и ее результаты). Уточним, что в случае ведения работы с ребенком нашим клиентом является в первую очередь сам ребенок – и кодекс предписывает нам действовать в первую очередь в его интересах, даже если при этом у нас возникают прямые противоречия с ожиданиями и требованиями его семьи (при условии, что мы можем дать профессиональную аргументацию тому, почему эти ожидания и требования нерелевантны текущим потребностям и возможностям ребенка). Однако все эти общие для любого психологического сопровождения требования требуется еще уточнять и комментировать с учетом специфики именно нейропсихологической работы.

Наверно, для этого важно в первую очередь определиться с тем, какие задачи может решать в своей работе нейропсихолог, то есть очертить границы его **профессиональных компетенций**, за которые ему не следует выходить в своей работе. Предмет нейропсихологии – мозговые механизмы высших психических функций (ВПФ). Это означает, что нейропсихолог, если вспомнить определение высших психических функций в культурно-историческом подходе, который лежит в основе и отечественной лурьевской психологии, работает с теми психическими процессами, которые социальны по происхождению, имеют сложное системное строение, опосредствованы в своей работе знаком и доступны произвольному управлению. Из этого как минимум следует то, что работа нейропсихолога может быть связана, к примеру, с процессами зрительного восприятия (которое подпадает под определение ВПФ), но не может быть основной в коррекции нарушений элементарной сенсорной (зрительной или какой-либо другой) чувствительности. То же касается и движений – нейропсихолог может развивать произ-

вольные движения, работая с нарушениями кинестетического или пространственного праксиса, регуляцией в двигательной сфере, но, к примеру, работа с тяжелыми нарушениями движений типа ДЦП, где нарушены также и многие произвольные компоненты произвольных движений (с явлениями гиперкинезов, дистоний и т.п.), разумеется, не может вестись им в одиночку. Вообще хочется подчеркнуть, что элементарный, произвольный, связанный не только (и зачастую не столько) с корковыми, сколько с подкорковыми механизмами уровень управления психическими процессами, уровень натуральных (по Л.С. Выготскому) психических функций обязательно учитывается нейропсихологом, принимается в расчет, в ряде случаев на него оказывается сильное воздействие, но ведущим специалистом по работе с ним нейропсихолог никак не может быть – и, скажем, надеяться исправить серьезные, связанные с явлениями повреждения в ЦНС позо-тонические нарушения методами сенсомоторной коррекции, где предлагаются доступные нейропсихологу методы работы с позой и тонусом, все же нельзя: эти приемы не могут быть ни единственными, ни ведущими в таком случае просто исходя из определения предмета и теоретико-методологической базы нейропсихологии как науки; у нейропсихолога недостаточно ни знаний, ни методов под такие задачи. Как уже говорилось, как минимум на данный момент в сферу компетенции нейропсихолога не входит и работа с эмоциональными, мотивационными и поведенческими нарушениями. Это не значит, что нейропсихолог не нужен таким детям, – но он может решать с ними только определенный круг задач, если это необходимо: к примеру, если в нейропсихологическом обследовании ребенка с проблемами регуляции своего поведения и эмоций выясняется, что у него есть дефициты и мозговых механизмов произвольной регуляции (что бывает не всегда – может быть так, что в обследовании в специальных пробах, оценивающих возможности планирования и контроля, выясняется как раз, что мозговые механизмы под эти задачи сформированы достаточно!), то работа с ними может быть одной из составляющих комплексной программы преодоления этих трудностей на всех уровнях. Но *только* такая работа одозначно не поможет решить эти проблемы в полном объеме: нейропсихолог разовьет в своей работе только мозговые механизмы, почву, условия под те навыки и умения управлять своими действиями и реакциями, которые может сформировать только психолог, причем часто для этого ему придется снять не мозговые, а психологические препятствия к развитию этих процессов (тревожность, страхи, проблемы самооценки и т.п.). Если же у ребенка с эмоциональными и поведенческими трудностями в принципе нет хотя бы частично (с точки зрения предиспозиций, условий возникновения и закрепления) объясняющих их дефицитов в работе мозговых систем, то ему просто не показана в этом случае работа с нейропсихологом: это будет означать, что сами мозговые механизмы вполне готовы осваивать новые способы саморегуляции, просто этим способам надо обучаться и искать причины того, почему они не были своевременно сформированы, в психологических особенностях ребенка и социальной ситуации его развития, преодолевая средствами психологической работы выявляемые в данных сферах проблемы.

Кому же тогда может быть полезен нейропсихолог? Этот специалист очень эффективен при работе с когнитивными дефицитами – проблемами в развитии восприятия, памяти, внимания, мышления, речи, а также при решении проблем в сфере произвольных движений (в особенности в мелкой моторике, но не только). Всеми этими высшими психическими функциями может также заниматься учитель-дефектолог или психолог (скажем, педагог-психолог в детском саду или в школе обязан работать с ними согласно прописанным для него задачам, которые ставит перед ним профессиональный стандарт

и система образования). Но психолог может работать столь же эффективно и с эмоциональными, поведенческими и мотивационно-личностными проблемами, сфера его компетенций шире, чем у нейропсихолога. То же можно сказать и о дефектологе: он может не только развивать познавательные процессы и мелкую моторику, но и обучать (поскольку он имеет педагогическое образование) ребенка навыкам счета, чтения, письма и вообще любым школьным знаниями, умениям и навыкам с учетом структуры дефекта при той или иной патологии развития (чего как раз нейропсихолог, не будучи педагогом, не умеет и уметь не должен, а, значит, не должен и брать на себя такие задачи – учить тем или иным школьным навыкам надо, только владея специально дающейся в педвузах методикой их преподавания). Встает тогда вопрос – нужен ли на перечисленные процессы такой узкий специалист, как нейропсихолог, в чем его ценность? Ответ однозначный – нужен: узость предметного поля у нейропсихологии искупается глубиной и системностью его проработки. Нейропсихолог может в ходе диагностики выявить, какие именно компоненты (и связанные с ними мозговые механизмы) этих процессов у ребенка страдают, что позволяет спланировать работу с ними значительно более направленно, с пониманием причин наблюдаемых слабостей. Кроме того, выявленный слабый компонент одной функции входит в состав сразу многих других, в том числе и тех, проблемы в которых на текущем возрастном этапе еще могли так остро не встать, – и коррекция познавательной сферы тогда идет системно, так, что процессы в ней рассматриваются не изолированно друг от друга, а в единой логике, а также с обоснованным заделом на будущее.

Нередко возникает вопрос о том, может ли специалист-нейропсихолог совмещать в своей работе разные методы – скажем, решать одновременно нейропсихологические и логопедические или нейропсихологические и психологические задачи. Ответить на этот вопрос в обобщенном виде нельзя – здесь важно и то, о каком ребенке идет речь (каковы его трудности и степень их тяжести, к примеру), и то, насколько глубокая работа предполагается в том или ином направлении. Особенно последнее важно при обсуждении вопроса о том, может ли нейропсихолог, работая с познавательной сферой и обучением, заниматься также и эмоциональными и поведенческими проблемами ребенка, если он владеет соответствующими методами работы, будучи одновременно и опытным подготовленным психологом. На наш взгляд, этот вопрос специалист должен в первую очередь решать со своим супервизором-психологом, но мы бы ответили на этот вопрос так: при полноценном глубоком погружении психолога в индивидуальную работу с клиентом это не очень реализуемо и даже не очень безопасно. У психологической работы всегда есть свои **границы**, и многие базовые для работы психолога требования к сеттингу принципиально не могут быть выполнены при использовании в работе им также и нейропсихологических методов. К примеру, принцип безоценочности, крайне важный для психологической безопасности клиента в его работе с психологом-терапевтом, плохо представим в работе, скажем, над упражнением по развитию произвольной памяти, в которой специалист-нейропсихолог обязательно дает ребенку обратную связь о его продуктивности и ошибках: человек, которому ребенок безусловно доверяет, делаясь своими переживаниями, не может внезапно в середине занятия перейти в позицию оценивающей его учительской фигуры. Такое смешение ролей, как нам кажется, может разрушить контакт с ребенком и подорвать его доверие к специалисту, а также принести ему прямой психологический вред вследствие погружения его в опыт непредсказуемости и небезопасности в таких отношениях. Об эффективности как психологической, так и нейропсихологической работы в таком случае, конечно, говорить не приходится. То

же касается на самом деле и границ в общении психолога с родителями ребенка. Разумеется, если психологическая работа ведется краткосрочно и с ограниченными целями, без глубокого погружения в проблему, как, скажем, в работе педагога-психолога в саду или в школе, это совмещение психологических и нейропсихологических задач оказывается более представимо в работе с одним и тем же ребенком. Некоторые специалисты, не желая отказываться от ранее освоенной профессии, часть своего профессионального времени отводят на работу в качестве психолога, а часть – с другими клиентами – в качестве нейропсихолога; принципиально на это запрета нет, но такому специалисту оказывается сложнее в каждом конкретном случае выбрать правильный способ взаимодействия и обеспечивать удержание границ в нем за счет необходимости частой смены своих профессиональных ролей. Проще обычно оказывается совмещать в своей работе методы нейропсихологии и логопедии или дефектологии – чаще всего конфликта между ними не возникает. А вот быть одновременно нейропсихологом и учителем (начальных классов, предметником), репетитором ребенка оказывается уже значительно сложнее в силу того, что этические кодексы психолога и учителя и правила выстраивания отношений с детьми и родителями (в том числе сложившиеся по этому поводу традиции в педагогической среде) все же довольно сильно отличаются – нейропсихолог должен все же быть более индирективной фигурой, о чем свидетельствует предписанный ему этический кодекс психолога.

Говоря о границах компетентности нейропсихолога, стоит отдельно сказать и о том, что нейропсихолог (даже имея образование клинического или медицинского психолога), конечно же, не может заходить в своей работе в область компетенций специалиста-медика – в частности, ставить медицинские (имеющиеся в международных классификаторах болезней) диагнозы (или прямо не соглашаться с выставленными диагнозами), назначать (или отменять, пусть и в рамках рекомендаций или предположений) те или иные медицинские препараты (в том числе растительного происхождения и биодобавки), предлагать вносить те или иные изменения в питание ребенка и в идеале – даже рекомендовать те или иные аппаратные (даже безопасные, как ЭЭГ) методы диагностики. Все это находится в компетенциях врачей, а нейропсихолог может только рекомендовать обращение к ним и с согласия родителей знакомиться с их заключениями и назначениями, выполнение которых является при этом личным выбором родителей. В этом вопросе границы нейропсихолога ничем не отличаются от таковых у любого психолога вообще.

Квалификация специалиста нейропсихолога позволяет ему брать в работу очень широкий **контингент** детей и подростков (как уже отмечалось выше - от раннего до юношеского возраста) – как без выраженных отклонений в развитии, но с теми или иными проблемами в работе познавательных процессов (в том числе легкими, возникшими как следствие нормативной, но не скомпенсированной под влиянием тех или иных средовых особенностей развития неравномерности в их развитии), так и с теми или иными вариантами дизонтогенеза, – но в последнем случае, конечно, он должен владеть знаниями из области психологии аномального развития, понимая особенности не только нейропсихологического синдрома, но и клинико-психологического синдрома в целом при том или ином нарушении. При этом важно понимать, что далеко не всегда компетенций нейропсихолога хватит для решения тех или иных проблем в развитии таких детей, поскольку список их трудностей часто выходит далеко за пределы когнитив-

ных дефицитов (и даже если те или иные проблемы, скажем, в эмоциях и поведении первично обусловлены познавательным дефицитом, как это часто бывает при тех или иных вариантах отставаний в развитии, это не значит, что работа с ним автоматически будет приводить к устранению и этих вторичных по генезу, но нередко не менее затрудняющих успешную адаптацию ребенка проблем).

Это ставит перед нейропсихологом задачу работы в тесном **командном** взаимодействии с другими специалистами. По нашему опыту каждому нейропсихологу очень важно понимать, что он будет вести многих клиентов не один, а в команде:

- С **психологом** – если у ребенка есть поведенческие (в том числе тяжелые, к примеру, как у детей с искаженным развитием или интеллектуальными нарушениями), эмоциональные или мотивационно-личностные трудности (опять же – разной степени тяжести); при этом ведущий для конкретного ребенка специалист будет определяться исходя из структуры нарушений, выявленных на диагностике, и из запроса семьи. Психолог может быть и специалистом, который дополняет основную работу нейропсихолога (к примеру, если перед нами ребенок с задержанным развитием, испытывающий трудности освоения школьных навыков, но имеющий при этом негрубые проявления тревожности), и ведущим специалистом (например, у ребенка с искаженным развитием при основных жалобах на нарушения коммуникации и поведения – но при этом нейропсихолог также может работать с таким ребенком, решая доступные ему задачи, скажем, развития процессов планирования и контроля и ряда операциональных компонентов деятельности). Повторимся: сам по себе тип дизонтогенеза не определяет то, какой специалист будет ведущим, – это станет понятно из результатов диагностики и запроса. К примеру, если ребенок с тотальным недоразвитием (то есть имеющий стойкое выраженное отставание в развитии интеллекта) сейчас испытывает трудности преимущественно в коммуникации со сверстниками, нейропсихолог не станет его ведущим специалистом несмотря на то, что в диагностике такого ребенка он может выявить множество потенциально доступных для его работы психокоррекционных мишеней в когнитивной сфере; он может указать на эти мишени и при готовности семьи расширить запрос и до них, но работать с ними просто потому, что они обнаружались, надеясь, что это тем или иным образом исправит коммуникативные проблемы, будет крайне наивным, особенно с учетом стойкого и необратимого характера когнитивных трудностей такого ребенка. Конечно, важно понимать, что психологи также имеют разную специализацию, и кто-то из таких специалистов работает только с детьми группы условной нормы или с относительно легкими (условно, поскольку в детской клинике эти термины в строгом смысле слова употреблять не вполне корректно, невротического уровня) психологическими трудностями, а кто-то может брать в работу и детей с тяжелыми нарушениями условно пограничного или психотического уровня, в том числе и с интеллектуальной недостаточностью (как правило, это специалисты в области клинической / специальной психологии / детской психологии). На всех них в идеале нейропсихолог должен иметь выход, чтобы профильно перенаправить ребенка для получения психологической помощи. Нейропсихолог при этом не обязан сам точно определить все нюансы предстоящего психологического сопровождения – он может только в общих чертах обрисовать семье его задачи и примерный ход работы в подобных случаях, предоста-

вив профильному специалисту его детальное планирование после диагностической встречи или серии встреч. Хорошо, когда у нейропсихолога есть также контакты психологов, работающих не только индивидуально, но и в группе, – к примеру, развитие навыков коммуникации и социального взаимодействия порой гораздо эффективнее проводить в групповом формате, но важно понимать, что готовность ребенка именно к групповой работе все равно определяет не нейропсихолог, а психолог. Среди профессиональных контактов нейропсихолога обязательно должны быть и психологи, работающие со взрослыми людьми и с семьями, – иногда на диагностике специалист понимает, что близкие взрослые ребенка тоже нуждаются в помощи. Правда, не всегда ситуация первичной встречи, особенно с нейропсихологом, располагает к предоставлению таких рекомендаций, и в этом случае скорее лучше делегировать детскому психологу (к которому тогда все равно надо направить семью) задачу постепенно подвести в своей работе взаимодействие к возможности обсуждения тех ресурсов, которые работа со взрослыми несет в себе для решения детских проблем, заставивших семью обратиться к специалистам.

- С **дефектологом** – если обратившийся на прием ребенок имеет дефициты не только в сфере познавательных процессов, но и в текущем уровне освоения знаний, умений и навыков по школьной (или предшкольной) программе; нейропсихолог обязательно работает с теми или иными навыками (письмом, чтением, счетом), когда они сформированы, но реализуются с затруднениями, связанными со слабостью тех или иных мозговых механизмов (и часто именно с такими трудностями в развитии письма, чтения и счета к нему и обращаются, поскольку их он успешно корректирует), но формировать их с нуля – не его задача, нейропсихолог (будучи психологом) не имеет для этого ни соответствующих педагогических знаний и компетенций, ни возможностей с точки зрения своих профессиональных границ (он не педагог, а психолог, а правила сеттинга для этих двух специалистов все же в ряде моментов отличаются).
- С **логопедом** – если у ребенка есть речевые проблемы в сфере артикуляции (нейропсихолог не умеет ставить звуки или работать с дизартрией как ведущий специалист), а также если проблемы с речью очень тяжелые (речь отсутствует или представлена минимально; речь развита слабо, а перед ребенком стоят задачи овладения письменной речью – письмом и чтением). Нейропсихолог умеет развивать большинство компонентов речевой системы – может помогать логопеду в развитии речевой моторики (но не заменять его – роль логопеда тут все равно ведущая!), работать с фонематическим восприятием, слуховым вниманием, слухоречевой памятью, словарным запасом, грамматикой, синтаксисом, связной речью, развивать письмо и чтение – но логопед лучше знает и нормы, и многочисленные приемы коррекции тяжелых комплексных нарушений на всех этапах речевой системы, а письму и чтению он еще благодаря своему педагогическому образованию может и систематически обучать. Вызывать речь у неговорящего ребенка должен, к примеру, конечно, скорее логопед, тем более что только он сможет максимально комплексно оценить возможные причины ее отсутствия или тяжелой задержки (скажем, нейропсихолог не сможет выявить особенности работы речевого аппарата, которые могут быть препятствием для говорения).
- С **врачами** – неврологом, психиатром. Врач-невролог обязательно должен сопровождать ребенка с верифицированными в медицинских обследованиях орга-

ническими поражениями ЦНС, а при наличии в диагностике маркеров того, что у ребенка могут быть эти поражения (симптомы повреждения в элементарных сенсорных и моторных звеньях, признаки пароксизмальных эпилептиформных нарушений, серьезные дефициты в процессах поддержания оптимального уровня тонуса и бодрствования, выраженное отставание в когнитивном развитии), ребенка важно отправить на дополнительное обследование проверенного опытного невролога, даже если родители уже бывали у врачей данного профиля (к сожалению, беглые осмотры на плановой диспансеризации часто не выявляют у ребенка многих объективно имеющихся у него трудностей). Психиатр крайне важен при наличии у ребенка признаков искаженного развития (подозрения на расстройства аутистического спектра или детские психозы), а также при выраженных эмоциональных и поведенческих нарушениях, приводящих к тяжелой дезадаптации ребенка, когда одной лишь работы психолога может не хватать (особенно на первом этапе, когда у всей психической системы в результате хронического нахождения в дезадаптивной ситуации гораздо больше ограничений, чем ресурсов на их преодоление, и новые усилия по разрешению накопившихся проблем могут оказаться просто непосильными без врачебной поддержки). Однако в случае, если ребенка будет вести психолог с должным уровнем подготовки, он также обязательно обозначит семье потребность в консультации психиатра в описанных случаях.

Говоря о ведении ребенка «в команде», мы, разумеется, предполагаем, что в идеальном варианте члены этой команды находятся друг с другом в регулярном взаимодействии. Лучшим вариантом, конечно, является их работа в одной и той же организации (скажем, в многопрофильном психологическом центре, имеющем в идеале и медицинскую лицензию, чтобы сотрудничающие с ним врачи могли вести на его базе приемы по направлению специалистов). Однако опыт показывает, что, к сожалению, даже работая в соседних кабинетах, специалисты редко взаимодействуют друг с другом, обсуждая ход занятий с ребенком, хотя их задачи очень часто близки или даже частично пересекаются. Это печальная и снижающая эффективность помощи ребенку ситуация: опыт показывает, что только согласуя свои действия, специалисты добиваются эффективного результата в своей работе. Скажем, нейропсихолог должен обязательно учитывать, какие рекомендации по взаимодействию с ребенком (в том числе в ситуациях нарушения поведения или эмоциональных срывов) дает родителям психолог, соблюдать их сам (уточняя под свою профессиональную позицию) и подтверждать родителям их значимость и эффективность. Напротив, психологу важно понимать, какие объективные нейропсихологические дефициты могут вносить вклад в поведенческие и эмоциональные проблемы ребенка на правах неблагоприятной подпочвы под их возникновение и как сейчас идет работа с ними у нейропсихолога. Работа логопеда всегда предполагает отработку конкретного круга умений и навыков (автоматизируется тот или иной звук, делаются те или иные артикуляционные упражнения, отрабатывается та или иная лексическая тема и т.п.) – если нейропсихолог будет в курсе хода этой работы, он сможет подбирать у себя на занятиях материал так, что он позволит одновременно решать нейропсихологические задачи и создавать условия под закрепление осваиваемых у логопеда навыков (к примеру, взять корректурную пробу с животными, если сейчас логопед учит с ребенком их названия, – только одна из самых простых, но очень ресурсных для работы с ребенком идей, которая может родиться в ходе такого взаимодействия). Напротив, логопеду или дефектологу для обучения тем или иным навыкам очень полезно по-

нимать, какие мозговые механизмы этому препятствуют, и строить работу с учетом рекомендаций нейропсихолога о том, как их слабость можно учитывать при подборе и выполнении заданий (к примеру, понимая, что основная проблема ребенка с нейропсихологической точки зрения – слабость серийной организации движений и действий, логопед сделает акцент на упражнениях на переключение в артикуляционной моторике и на формирование грамматического и синтаксического уровня речи, преодолевая задержку речевого развития у своего клиента). Такой контакт вполне возможен и при условии, что ведущие одного ребенка специалисты работают не в одной, а в разных организациях. Не всегда это реализуемо, но очень здорово, когда нейропсихолог может и наладить регулярное общение с лечащими врачами ребенка, для которых результаты его обследования и данные о динамике в коррекции могут быть полезными для назначения или уточнения лечения, а нейропсихолог может за счет обратной связи от врача подтвердить или уточнить свои представления о структуре дефекта и механизмах нарушения у своего клиента. Разумеется, такое взаимодействие между специалистами всегда выстраивается только с согласия семьи – но опыт показывает, что оно практически всегда имеется, если специалист с первой встречи прикладывает усилия для выстраивания с родителями ребенка конструктивного взаимодействия. К этой теме нам еще не раз предстоит вернуться.

Завершая разговор о командной работе нейропсихолога в сотрудничестве с другими специалистами, стоит отдельно упомянуть вопрос использования ее ресурсов для обеспечения качества нейропсихологического сопровождения за счет **супервизорской и интервизорской работы**. Обязательность получения супервизий для практикующих психологов прописана в этическом кодексе практического психолога и разделяется во всех принятых в профессиональном сообществе терапевтических подходах и направлениях. К сожалению, нейропсихологи по каким-то причинам не считают часто необходимым следовать этим правилам, что является по факту прямым нарушением общепринятой профессиональной этики. В ряде случаев это обусловлено тем, что специалист, обучившийся на нейропсихолога, не имеет базовой психологической подготовки, как уже обсуждалось выше, и просто не знает, что к нему после вхождения в профессиональное психологическое сообщество (которое случается сразу, как только он идентифицирует себя как нейропсихолог, то есть представитель психологической профессии) предъявляются такие требования (ведь, скажем, к логопедам и дефектологам, к педагогам и врачам таких требований никто не выдвигает – что, правда, не говорит о том, что это правильно!). Однако игнорирование этого правила нейропсихологами с базовым психологическим образованием свидетельствует только о том, насколько пока рыхлым и незрелым является в нашей стране столь разросшееся по численности нейропсихологическое сообщество, не рефлексирующее пока соблюдение его членами базовых требований к ведению своей работы. Мы убеждены в том, что специалист-нейропсихолог не может обеспечивать стабильно высокое качество своей работы, мониторить ее соответствие всем современным представлениям о правилах ее организации и гарантировать уровень ее психологической безопасности для себя и клиента в одиночку, как не может этого любой психолог. В этой связи регулярные встречи с коллегой, мнению которого специалист доверяет и которого считает экспертом в их общей профессии, являются ценнейшим ресурсом для успешной рефлексии над своей работой. На них можно обсуждать и результаты диагностического обследования, и стратегию коррекции по итогам первичного приема, и конкретные применяемые в работе методы, и расстановку приоритетов в работе, и динамику изменений, и трудности, возникающие в ходе работы

с ребенком из-за его эмоциональных и поведенческих проблем, и проблемы в общении с родителями ребенка. Такое взаимодействие может строиться и как интервизия – через взаимное обсуждение случаев, когда оба специалиста видят другого как равного эксперта, мнение которого хочется учитывать в своей работе, причем интервизорские встречи могут проводиться и в групповом формате – скажем, в рамках методического объединения в центре психологической помощи. Структура психологического центра позволяет также организовывать **междисциплинарные консилиумы**, на которых встречаются все работающие с ребенком специалисты (например, логопед, нейропсихолог и психолог; нейропсихолог, дефектолог и врач-невролог), – если ребенок сопровождается целой командой, консилиумы как особая разновидность интервизорской работы позволяют согласовать между собой задачи и методы каждого ее члена, что, как уже говорилось выше, крайне важно. Их ресурс позволяет и привлекать на такие консилиумные встречи и родителей, что может быть очень полезно для совместного обсуждения задач и динамики работы в таком составе, особенно если в жизни ребенка происходят значимые для маршрута его сопровождения изменения или ход работы требует эти изменения внести. Для работы консилиума полезно иметь в центре специалиста в должности методиста, который понимает специфику работы каждого из специалистов команды и может координировать обсуждение случая в ходе консилиума, в том числе и модерирова общение специалистов с родителем, присутствующим на нем. Разумеется, хочется также упомянуть о том, что специалист-нейропсихолог имеет также и прописанные в этическом кодексе психолога обязательства регулярного повышения своей профессиональной компетентности в тех сферах, которые важны для качественного выполнения им своих профессиональных обязанностей, за счет регулярного **постдипломного обучения** у своих коллег. Наконец, как и любой психолог, нейропсихолог обязан уделять внимание вопросам личной психологической устойчивости и стабильности в своей профессиональной деятельности – это является гарантией психологической безопасности и его, и его клиентов. Если собственное психологическое состояние и личностные особенности мешают ему реализовывать все описанные требования к нейропсихологическому сеттингу и при этом ощущать себя в своей работе уверенно и компетентно, порой обращение к еще одному важнейшему ресурсу, который можно получить от профессионального сообщества психологов, – **личной терапии** – становится очень полезным. К сожалению, в отличие от психотерапевтов, понимающих в большинстве своем ценность и порой даже неизбежность подобной работы для любого специалиста помогающих профессий, нейропсихологи часто пренебрегают (особенно на первых порах) этим ресурсом – будем надеяться, что формирование более зрелой профессиональной рефлексии в нейропсихологическом сообществе это исправит.

Из описанного выше ясно, что нейропсихолог должен уметь не только выполнять свои достаточно узко специализированные диагностические и коррекционные задачи, но и выстраивать маршрут сопровождения ребенка в междисциплинарном ключе – вовремя рекомендовать добавить к работе с ребенком того или иного специалиста и объяснить родителю, зачем это делается. В противном случае ребенок будет получать помощь недостаточную, а иногда и не профильную – и часто, к сожалению, на супервизиях авторы этой публикации сталкиваются с такими ситуациями, когда специалист-нейропсихолог в попытках помочь ребенку начинает решать в работе с ним задачи, которые он решать не может и не должен, и связано это не с его личностными особенностями в виде склонности сдвигать границы и все больше включаться в жизнь семьи (хотя порой

и это присутствует), а с нехваткой профессиональной уверенности в том, где лежат границы его компетенции. Помимо четкого их проговаривания в профессиональном сообществе в целом и в конкретной организации с разделением представлений о них большинством специалистов преодолеть эту проблему помогает четко удерживаемый детским нейропсихологом **алгоритм сопровождения ребенка** начиная с первых минут обращения к нему за помощью. По нашему опыту удобно, когда он строится следующим образом:

- Получение **первичного запроса** – что беспокоит семью, с какими проблемами семья хочет обратиться к нейропсихологу. Как правило, это решается в ходе телефонного звонка или переписки либо кратких переговоров и не является полноценным формулированием запроса так, как это предстоит далее делать на диагностической встрече, – но этот этап не рекомендуется пропускать, потому что очень часто решение о том, что помочь ребенку может именно нейропсихолог, принимает сам родитель исходя из неполных или порой просто неверных представлениях о компетенции нейропсихолога. Если из-за этого запрос оказывается явно не нейропсихологическим по содержанию, то, кратко разъяснив свои реальные профессиональные возможности, специалист должен рекомендовать при необходимости обращение к другому, профильному специалисту. Разумеется, здесь часто не обойтись без нескольких уточняющих вопросов родителю со стороны специалиста для комплексного понимания особенностей развития хотя бы в первом приближении. Скажем, если родитель говорит о жалобах на эмоциональные особенности, можно уточнить, есть ли у ребенка те или иные проблемы в познавательной сфере и обучении, – когда их нет, нейропсихолог вряд ли целесообразен для первичного обследования, даже разового. При их наличии и при условии, что они также беспокоят семью, можно предложить ребенку пройти нейропсихологическую диагностику, но в любом случае, как нам кажется, в этой и аналогичных ситуациях уже на этапе первичных договоренностей даже пока что только о разовом взаимодействии важно проговорить, что, судя по всему, не весь спектр озвученных родителем проблем может быть решен нейропсихологом – скорее всего, ребенку потребуется также дополнительная работа других специалистов, например, психолога в данном примере. Конечно, все это можно обозначить и в конце диагностической встречи, что также допустимо, – но нередко родители обращаются к нам уже после некоторого, часто не очень результативного периода поиска «своего» специалиста, со сниженной мотивацией к конструктивному сотрудничеству либо, напротив, с надеждой на чудо и решение одним специалистом всех проблем ребенка (тем более что в популярных блогах или на некоторых сайтах организаций, оказывающих такую помощь, мы можем увидеть именно такую преувеличивающую и идеализирующую возможности нейропсихолога подачу его компетенций). Честное обсуждение границ возможностей специалиста заранее позволяет родителям настроиться на первую диагностическую встречу уже отталкиваясь от более реалистичных ожиданий о том, что они могут от нее получить, – а это закладывает фундамент под более конструктивное и результативное общение на ней. К слову, важно понимать, что даже если родителям рекомендовал обращение к нейропсихологу врач или другой специалист, это не гарантирует (с учетом того, что до настоящего времени в профессиональном сообществе не проведена в полном объеме работа по демаркации границ компетенций этого специалиста), что такому ребенку действительно нужен именно нейропсихолог.

- **Диагностический этап.** Первичный прием нейропсихолога обычно длится долго – совокупно от короткой вступительной беседы до последнего задания даже без перерывов может пройти около 50 минут даже у детей 3-4 класса без выраженных нарушений, а дети более младшего возраста или с заметными отклонениями в развитии часто нуждаются в такой ситуации и в небольших паузах по ходу диагностики. В таком случае только на работу с ребенком целесообразно закладывать не менее 60 минут, желательно с запасом в 10-20 минут. Разумеется, важно отвести время и на сбор анамнестических данных (можно упростить этот этап, попросив родителя заполнить анкету про основные этапы и особенности развития ребенка, в том числе и дома до прихода на прием, выслав ее по почте заранее), и на окончательное уточнение запроса в ходе общения с родителем. На все это также уйдет явно не менее 10 минут даже в самом простом случае – хотя бы потому, что запрос приходится всегда уточнять как с учетом того, что конкретно подразумевают родители под теми или иными используемыми ими для описания проблем ребенка формулировками, так и с оглядкой на компетенции нейропсихолога – еще раз четко проясняя для родителей и себя самого, что из первоначального запроса нейропсихолог объективно может взять себе в работу, не выходя за границы своих возможностей. Но диагностическая встреча имеет целью не только выявление проблем ребенка, но и формулирование по итогам этого рекомендаций по их преодолению с построением оптимального маршрута сопровождения. Его реализация в любом случае будет запущена не специалистом, а семьей, которая должна принять решение о том, какие из рекомендаций специалиста она готова воплощать в жизнь. Для этого родители должны получить от специалиста понятную им обратную связь по итогам первичного приема, причем такую, в которой результаты диагностики не только будут доступно разъяснены на понятном для непрофессионалов языке, но и связаны с запросом (скажем, если запрос родителя – трудности в освоении навыка чтения, ему может быть не очень понятно, как сведения о слабости процессов переработки слухоречевой информации или энергетического обеспечения деятельности, полученные специалистом по итогам обследования, отвечают на его вопрос о причинах этих трудностей). К слову, такая работа необходима и с учетом обязательности согласно этическому кодексу психолога добровольного *информированного* согласия родителя на психологическую помощь: при отсутствии у родителя понимания сути тех проблем, с которыми собирается работать специалист, и их связи с первичным запросом об информированности родителя говорить не приходится. На такую развернутую обратную связь нужно выделять не менее 20-30 минут с учетом вопросов родителя, которые обязательно возникнут по ходу ее предоставления. Если свести все подсчеты воедино, становится понятно, что оптимальное время для первой диагностической встречи – 2 часа, из которых час с небольшим уходит на общение с ребенком, а 40-50 минут – на общение с родителем. При этом можно выстроить работу так, что сбор анамнеза и формулирование запроса осуществляются после основных диагностических процедур, когда ребенок свободен и может отдыхать (с другим сопровождающим его взрослым, в коридоре под присмотром администратора центра, где ведется прием, если это ребенок раннего возраста или с очень тяжелыми нарушениями – в том же кабинете в игровой зоне). Опыт показывает, что такая последовательность действий не снижает качества диагностики – нейропсихолог проводит обследование по достаточно стандартизированному протоколу, не меняющемуся

по ходу дела с учетом подробностей, которые сообщает родитель, а первичный запрос до начала диагностики уже известен из краткой беседы до записи на прием. При такой организации взаимодействия сразу после уточнения запроса родителя можно переходить к обсуждению результатов диагностики, логично связывая одно с другим. По итогам диагностики специалист выдает на руки заключение (обычно не в тот же день, а через некоторое время, к примеру, через 3-5-7 дней, поскольку на его составление уходит от 30 минут до 2-3 часов в зависимости от его объема). Это делают не все специалисты, хотя нам кажется, что отсутствие **заключения** (хотя бы краткого) снижает эффективность диагностического этапа. Заключение является после завершения диагностики важной опорой для родителей, получивших в ходе обследования много новой информации о ребенке, которую они часто не могут сразу в полном объеме уложить в голове и осмыслить. Этому, к слову, очень помогает порой упоминание в заключении уже оговоренной выше связи итогового вывода и исходного запроса (хотя бы 2-3 фразами). Обозначенные по итогам диагностики рекомендации также очень полезно тезисно прописывать в конце заключения, чтобы картина психокоррекционного маршрута в виде четкого плана также осталась и у родителя как руководство к дальнейшим действиям. Другие специалисты (врачи, педагоги) также смогут вынести из заключения значимую для своей работы информацию. Особенно это важно, если родители не остаются в коррекционной работе у того специалиста, который проводил обследование, и программу сопровождения предстоит реализовывать его коллегам, что часто бывает на практике. В этом случае целесообразно делать заключение достаточно подробным, чтобы другой специалист не нуждался в том, чтобы повторять диагностическую процедуру еще раз, снижая этим нередко ее эффективность и затягивая начало коррекционного этапа. Для этого в заключении должен быть описан не только уровень сформированности тех или иных процессов (по возрасту либо нет), но и их качественное своеобразие протекания у конкретного ребенка с опорой на те или иные наиболее показательные примеры из протокола.

- **Коррекционный этап.** Не стремясь прописать в данной публикации логику подбора коррекционных упражнений и заданий под те или иные задачи нейропсихологической коррекции, вернемся здесь только к уже сказанному выше: нейропсихолог, если по итогам диагностики его клиенту показана его помощь, применяет в своей работе с ним и сенсомоторные упражнения, и игровые методики (подвижные, словесные, настольные игры), и дидактические пособия и бланковые задания развивающего типа, и даже вводит в работу с ребенком в качестве материала школьные задания (не в педагогических, а в нейропсихологических целях: скажем, для развития процессов планирования и контроля на материале решения математических задач или анализа текста, с целью переноса отработанных в развивающих заданиях навыков на те ситуации, где они реально будут использоваться в жизни); выбор методик при этом не должен напрямую вытекать ни из жалоб, ни из возраста ребенка, ни из его диагноза или типа дизонтогенеза – все эти факторы повлияют на план работы, но не определяют его напрямую и однозначно, так как отбор заданий и упражнений будет вытекать в первую очередь из типа и степени выявленных на диагностике трудностей данного конкретного ребенка в текущий момент времени, хотя и с учетом всех этих дополнительных аспектов. При этом опыт показывает, что нейропсихолог, если он работает действительно индивидуально с каждым ребенком и опирается на

его реальные темпы и постоянно выявляющиеся в ходе работы дополнительные детали и нюансы, принципиально не может прописать после первой встречи порочную **программу занятий** с ребенком на 10-20 встреч вперед, как это порой от него требуется в тех или иных организациях или как того иногда хотят родители. По итогам обследования можно определить основные психокоррекционные мишени и подобрать под них предварительно те упражнения и задания, которые будут подходить для их развития по уровню сложности и содержанию с учетом возраста ребенка и запроса. Но работа с ребенком будет постоянно вносить коррективы даже в этот стратегический план – и по его содержанию, и по темпам его освоения. Составление же такой ригидной «программы» опять уводит нас от подлинно индивидуального сопровождения ребенка (за что в профессиональном сообществе и ценится работа нейропсихолога) в педагогический подход, причем в такой его извод, где движение идет не от ребенка, а от программы. Когда в массовой школе мы не можем идти в темпе ребенка и вынуждены согласовывать его темпы с прокрустовым ложем утвержденного администрацией календарно-тематического плана на учебный год, это, к сожалению, совершенно понятно и неизбежно. Но берущий ребенка в индивидуальную коррекционную работу специалист все равно не будет работать по такой логике – а тогда нет смысла делать лишней работы, особенно если от него это не требует организация, в которой он работает: такая программа останется все равно только на бумаге. Гораздо эффективнее по нашему опыту прописать для себя и семьи только стратегию работы (основные мишени и основные группы приемов и методов, которые будут работать на каждую поставленную задачу), а далее под каждое занятие обстоятельно планировать работу с учетом того, как прошла предыдущая встреча с ребенком: что с нее еще потребует отработки, что – введения новых задач, а что является успешно пройденным этапом. Это же касается и домашних заданий – здорово, когда они составляются в течение 1-2 дней после занятия по итогам его проведения и направлены целевым образом на отработку и закрепление именно того, что на этом занятии делалось. Если нейропсихологическая коррекция будет вестись так, не стоит бояться, что отсутствие заранее прописанного по занятиям плана приведет к недостаточно организованной работе, особенно если специалист регулярно сверяется при этом с первичным стратегическим планом, прописанным после диагностической встречи. Скажем пару слов и о **структуре коррекционно-развивающего занятия** с нейропсихологом: обычно оно длится 60 минут, при этом наш опыт показывает, что полезной практикой является отведение последних 10 минут этого времени на общение с родителем для предоставления обратной связи о результатах занятия, домашнего задания и рекомендаций, а также для обсуждения текущих вопросов динамики (подробнее о взаимодействии с родителями см. ниже). В течение 50 минут работы с ребенком на каждом занятии обычно так или иначе ведется работа фактически со всеми психокоррекционными мишенями, выделенными на первичном приеме, – а их порой бывает до 5-6. Это не отменяет расстановки приоритетов и отведения большего или меньшего времени в течение занятия на ту или иную задачу, но точно не стоит строить работу с ребенком по линии преодоления слабости сначала одного нейропсихологического механизма, пусть даже и первичного в структуре дефекта (скажем, слабости энергетического обеспечения деятельности), а потом только всех остальных. Такая стратегия часто себя не оправдывает – вторичные проблемы (особенно вторичные онтогене-

тически, возникшие хоть и как следствие, но довольно давно и прочно вросшие в психическое функционирование ребенка) редко устраняются автоматически после преодоления первичных, более того – сроки работы с первичными нарушениями часто бывают размытыми, а результаты не гарантированными и часто не позволяют обеспечить полного преодоления первичного дефекта, а вторичные трудности при этом (являясь порой и более курабельными) продолжают мешать дезадаптации ребенка, хронифицируя его проблемы. Скажем и о том, что общение ребенка с нейропсихологом в ситуации коррекционного занятия по своим особенностям является чем-то средним между тем, какой **характер взаимодействия** предполагает общение с психологом и общение с педагогом: реализуя там, где это возможно, упомянутый выше принцип безоценочности, уделяя внимание эмоциональным и мотивационным особенностям ребенка, учитывая их с опорой на свои психологические знания, по возможности (соблюдая границы своей компетентности) даже создавая для них в занятии развивающие ситуации, нейропсихолог формирует у ребенка навыки, по содержанию более близкие к учебным, давая в них (с уважением к личности и достижениям ребенка) оценку достигнутым результатам (сопоставляя их при этом, конечно же, в первую очередь с результатами самого ребенка, но при этом и говоря о том, к какому результату стоит попробовать стремиться с учетом тех задач, которые ставит перед ребенком его социальная ситуация развития). Это взаимодействие обязательно строится на четких, с первой встречи введенных правилах, включающих в себя и правила общения (учитывающие текущие личностные особенности и коммуникативные возможности и трудности ребенка, но требующие соблюдения стандартных социальных норм взаимодействия ребенка и взрослого специалиста без смещения границ в дружбу и свободную игру), и правила поведения на занятии, которые по своему набору оказываются в любом случае ближе к таковым в учебных ситуациях (выполнение определенных заданий, отсутствие отвлечений на посторонние темы и т.п.), но позволяют и обеспечить в структуре занятия (которая должна быть продумана и ясна как специалисту, так и ребенку) разумный компромисс между развивающими задачами и текущими мотивационными особенностями ребенка (за счет чередования видов активности, введения игрового или соревновательного момента, подбора дидактических материалов с учетом интересов и вкусов ребенка и т.п.). Опыт показывает, что нахождение специалиста на занятиях в такой позиции без ухода в позицию учителя, родителя, приятеля или психотерапевта оказывается нередко непростой задачей для нейропсихолога; на наш взгляд, четкое проговаривание всех нюансов этой позиции в общении с ребенком может стать предметом отдельной дискуссии в профессиональном сообществе.

- **Промежуточная (динамическая) диагностика и мониторинг результатов работы.** Периодически (обычно – не чаще 1 раза в полгода) нейропсихолог проводит повторное обследование ребенка и уточняет по его итогам задачи и методы работы. Но не следует считать, что повторная диагностика является главным инструментом оценки динамики работы с ребенком. Целью первичного обследования являлось выявление причин объективно имеющихся у ребенка трудностей в тех или иных жизненных ситуациях. Соответственно, основным мерилom результативности проводимой работы тоже должны стать те изменения, которые происходят в жизни ребенка: работа нейропсихолога должна приводить не к улучшению выполнения той или иной пробы в объемном диагностическом про-

токоле, а к тому, что ребенок становится более сосредоточенным на уроках в школе или лучше понимает прочитанное. В ряде случаев, когда изменения фиксируются родителями и специалистом просто из наблюдений за ребенком, может и не быть необходимости в повторном обследовании. Порой его можно организовать достаточно компактно, оценивая уже только состояние отдельных мозговых механизмов, а не проводя с ребенком весь протокол. Маркером динамики являются для специалиста и продукты деятельности ребенка – школьные тетради, выполненные им самостоятельные работы, а также обратная связь от других работающих с ребенком специалистов, в том числе учителей и воспитателей. Наконец, продвижения ребенка в тех или иных коррекционных заданиях и упражнениях хоть и не являются, конечно же, самоцелью (мы ходим к нейропсихологу, чтобы стать внимательнее, а не чтобы быстрее показывать числа в таблице Шульге), но могут быть значимыми для оценки темпов его изменений в коррекционной работе, и их очень важно сопоставлять с тем, что о динамике ребенка сообщают родители ребенка или его школьные тетради.

- **Взаимодействие с родителями (консультативная работа).** Представитель любой помогающей профессии принципиально не может работать с ребенком, не контактируя постоянно с его близкими взрослыми. Исключением здесь не является и нейропсихологическое сопровождение. Общение с родителями ребенка начинается уже на диагностическом этапе – выше говорилось и о важности работы по уточнению (и иногда переформулированию) запроса к специалисту, и о том, что по итогам диагностики нужно за счет продуманной обратной связи обеспечить для родителей понимание того, с чем с нейропсихологической точки зрения могут быть связаны те трудности, которые привели их на прием, и какая стратегия работы с ними будет оптимальной. При этом перед специалистом стоит уже на этой первой встрече очень важная задача очертить границы своих возможностей – не только за счет отделения тех задач, которые может решить он сам, от тех, для решения которых надо привлекать других специалистов, но и за счет обсуждения того, какие пути помощи ребенку с учетом данных диагностики могут быть обеспечены на нейропсихологических коррекционно-развивающих занятиях, а какие – только самими близкими взрослыми ребенка. Очень часто ожидания родителей от работы нейропсихолога состоят в том, что нейропсихолог сможет за счет специальных заданий и упражнений (или порой даже так – *только* за их счет!) обеспечить развитие выявленных им слабых мозговых механизмов, стоящих за проблемами в обучении и поведении, а задача родителей – просто обеспечить возможность таких занятий. К сожалению, это не так. По итогам диагностики опытный нейропсихолог всегда озвучивает не только те возможности, которые предоставляют для преодоления проблем в развитии ребенка те или иные методы коррекции, применяемые им на занятии: он обязательно должен уже на этом этапе обсудить и важность отработки аналогичных заданий и упражнений дома, и рекомендации по организации режима дня, учебного процесса и взаимодействия с ребенком в семье и в образовательной организации, которые являются не дополнением к коррекционному маршруту, а его *неотъемлемой частью*. Опыт показывает, что большинство родителей не представляет себе значимости собственной роли в решении нейропсихологических проблем ребенка – если силами психологического просвещения в массовом сознании уже укоренилось понимание того, что с психологическими проблемами ребенка нельзя работать, не решая психологических проблем взрослых членов

его семьи и не меняя к лучшему характер их общения с ребенком, то от нейропсихологического сопровождения близкие взрослые наших клиентов обычно не ждут таких требований к ним самим. Нейропсихолог скорее воспринимается здесь в лучшем случае как репетитор, в промежутках между занятиями с которым надо поделаться дома определенный набор упражнений, – хотя и с этим возникает много проблем: как показывает опыт, заметно меньше половины семей уделяют этому должное внимание. Что же до рекомендаций, которые касаются, скажем, дозирования нагрузки в сфере допобразования, целенаправленного развития самостоятельности ребенка в быту, предоставления ребенку достаточного количества свободного времени для психологической разгрузки и смягчения нейропсихологических дефицитов в сфере энергетического обеспечения и многих других подобных моментов, которые требуют пересмотра своих бытовых, воспитательных и психологических предпочтений и привычек, то им со стороны родителей на первых этапах работы с ребенком чаще всего уделяется несмотря на все усилия специалиста сделать на них акцент уже на диагностической встрече минимальное внимание. В то же время их невыполнение – по сути, прямое игнорирование ряда обязательных пунктов коррекционной программы ребенка! – приводит в итоге к снижению эффективности всей предложенной специалистом системы помощи и нередко к разочарованию родителей (а порой и самих специалистов!) в ее возможностях. Это ставит перед нейропсихологом задачи, во-первых, четкого проговаривания значимости и *обязательности* для получения желаемого результата всех этих доступных *только* семье приемов помощи уже на этапе предоставления обратной связи по итогам диагностики (по возможности – с кратким прописыванием этих рекомендаций и в заключении), а, во-вторых, регулярного возвращения к этой теме и в ходе взаимодействия с родителем в рамках коррекционной работы. Возвращаться следует и к рекомендациям, касающимся важности обращения к помощи других специалистов (в том числе врачей), если родители не прибегают к ней несмотря на обсуждение того, что часть проблем без этого принципиально нерешаема. На такую работу с родителем важно выделять и уже упомянутые выше 10-15 минут в конце каждого занятия, и порой дополнительное время за счет организации полноценных родительских встреч со специалистом, потребность в которых также можно заранее обсудить на диагностической встрече, введя их в устно (или письменно) формулируемый контракт с родителем, как это часто делают детские психологи. Взаимодействие с родителями по ходу коррекционной работы, как уже ранее проговаривалось, должно помочь специалисту и в оценке реальной динамики ребенка за пределами кабинета – но чтобы родитель был здесь действительно объективен, его порой надо обучать оценке этой динамики через постановку вместе с ним в работе локальных небольших целей, достижение которых можно легко проверить (скажем, не «быть более внимательным» – чему можно учиться бесконечно – а «не забывать отступать нужное количество клеточек при написании числа в тетради») – конечно, для этого такие локальные цели обязательно должен уметь ставить и сам нейропсихолог, что бывает не всегда. К слову сказать, такой опыт взятия на себя посильной и вытекающей из своей роли ответственности с постановкой достижимых конкретных целей очень полезен близким взрослым ребенка для формирования более зрелой родительской позиции. Если же взаимодействие с родителями со стороны специалиста систематически не приводит даже к небольшим изменениям, то, что могут сделать для ребенка

только родители, продолжает оставаться не сделанным, а специалист оказывается по сути единственной фигурой, работающей на решение проблем ребенка, нам кажется важным своевременно обозначать родителям возникающие вследствие этого ограничения и в темпе, и в планируемых результатах работы – это также входит в требование информированного согласия родителя на получаемую им помощь и позволяет избежать необоснованного обесценивания усилий специалиста. Конечно, в работе с родителями самым важным является четкое понимание границ своих возможностей самим специалистом и их уверенное и осознанное удержание с транслированием их во взаимодействии с семьей: нередко недостаточная включенность родителей преодолевается или смягчается таким регулярным конструктивным контактом с нейропсихологом, которому здесь приходится работать по сути на границе с психологическим семейным консультированием, но ни в коем случае не уходить в него, передоверяя при необходимости эту задачу профильному специалисту-психологу.

Разумеется, данная статья является только черновым наброском к еще только предстоящей, будем надеяться, профессиональному сообществу рефлексии над тем, какие правила и границы обязательно предполагает нейропсихологическая работа с детьми и подростками – особый вид психологического сопровождения со своей спецификой как в решаемых задачах, так и в применяемых методах. Нам хочется верить, что эти размышления, порожденные регулярным столкновением в нашей профессиональной практике с ошибками и нарушениями в ее организации, которые, к сожалению, порой дорого обходятся и специалистам, и клиентам, внесут свой посильный вклад в начальный период этой крайне важной работы.