

Автономное учреждение
дополнительного профессионального образования
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«Институт развития образования»

**Технологии оказания комплексной психолого-педагогической
и медико-социальной помощи детям с расстройством
аутистического спектра и семьям, их воспитывающим**

Методические рекомендации

Ханты-Мансийск
2018

УДК 316.6
ББК 88.8
Т 38

*Рекомендовано к изданию решением Научно-методической комиссии Ученого совета
АУ «Институт развития образования»
Протокол № 5 от 02.10.2018 г.*

СОСТАВИТЕЛЬ

Сагитова Гульнара Ильдусовна,
психолог регионального центра
психолого-педагогической помощи и сопровождения
АУ «Институт развития образования»

Технологии оказания комплексной психолого-педагогической и медико-социальной помощи детям с расстройством аутистического спектра и семьям, их воспитывающим: методические рекомендации / сост.: Г. И. Сагитова ; автономное учреждение дополнительного профессионального образования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Институт развития образования». – Ханты-Мансийск : Институт развития образования, 2018. – 47 с.

В методических рекомендациях раскрываются клинические проявления, классификация и диагностика аутизма, представлены технологии оказания комплексной психолого-педагогической и медико-социальной помощи детям с расстройством аутистического спектра и семьям, их воспитывающим.

Методические рекомендации адресованы специалистам образовательных организаций, работающих с детьми с расстройством аутистического спектра.

© Сагитова Г. И., составление, 2018
© АУ «Институт развития образования», 2018

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
1. Расстройство аутистического спектра: клинические проявления аутизма, диагностика и классификация аутизма	5
2. Особенности оказания комплексной психолого-педагогической и медико-социальной помощи детям с расстройством аутистического спектра и семьям их воспитывающим	16
2.1. Примерная модель оказания медико-социальной и психолого-педагогической помощи детям с расстройством аутистического спектра и семьям их воспитывающим	16
2.2. Психолого-педагогическая коррекция нарушений развития у детей с расстройством аутистического спектра	21
2.3. Специфика коррекционной работы с детьми, имеющими расстройство аутистического спектра	23
2.4. Методы психолого-педагогической коррекции	27
Список литературы	45

ВВЕДЕНИЕ

Расстройство аутистического спектра – распространенное явление, встречающееся не реже, чем слепота и глухота, но недостаточно изученное и известное профессионалам. Семьи, имеющие аутичных детей, зачастую годами не могут получить квалифицированную помощь. Поэтому родители очень часто вынуждены сами ставить диагноз и сами, практически без всякой профессиональной поддержки, начинать и годами вести самоотверженную борьбу за ребенка [11].

Встретить аутичного ребенка может каждый человек, кто постоянно имеет дело с детьми. Как уже известно, детский аутизм проявляется в разных формах при различных уровнях интеллектуального и речевого развития. Дети с расстройством аутистического спектра имеют целую линейку состояний, характеризующейся различными проявлениями своеобразия эмоциональной, волевой и когнитивной сфер. Практически для всех детей характерна неравномерность (асинхронность) созревания и развития психических сфер [1].

У них изменена чувствительность – либо избирательно повышена, либо явно снижена реакция на тактильные и сенсорные раздражители, как следствие снижения или повышения порогов чувствительности. Поведение, часто характеризуемое как автономное, иногда «ритуальное», иногда эти ритуалы могут достигать значительной сложности. В поведении такого ребенка часто доминируют разнонаправленные аффекты, влечения, отсутствует единство и внутренняя логика переживания событий и понимания явлений.

Во внешнем облике часто обращает на себя внимание особый взгляд, или взгляд, обращенный в пустоту, или сквозь собеседника и тому подобное. Моторика угловатая, движения неритмичные, а в случаях дискомфорта, тревоги, неопределенности могут возникать различного рода стереотипные движения, в том числе и моторные - в пальцах, кистях рук, ходьба на цыпочках, однообразный бег и прочее.

Речь обычно специфически модулирована, иногда на высоких тонах, иногда монотонная, часто «рубленная» не направлена к собеседнику, в речевом общении отсутствует экспрессия, жестикация, мелодическая, интонационная и темповая сторона речи нарушена. Наблюдаются отклонения тональности, скорости, ритма речи, нет интонационного переноса, часты эхоталии (отраженная речь), иногда наблюдается бессвязность речи, часто, неспособность к диалогу, даже при «хорошей» речи, прежде всего – трудности диалога. Экспрессивная речь часто развивается с отставанием. Наблюдаются и трудности в понимании сложной речи окружающих, невозможность понимания подтекста, юмора, скрытого смысла высказываний, метафоризации.

Наибольшая специфика наблюдается, естественно, в развитии эмоциональной сферы и взаимодействия с другими людьми. Такие дети, порой очень чувствительные в отношении себя, оказываются совершенно нечувствительными в отношении к другим людям. Аутичный ребенок не может ставить себя на место другого, не может понять, что чувствует другой человек. Выраженность описанных проявлений у

разных детей различна, что, несомненно, зависит от варианта аутистических расстройств, всего предшествующего жизненного опыта, особенностей воспитания в семье [2].

До сих пор ученые всего мира не пришли к единому мнению об этиологии развития аутизма. Большинство современных ученых работающих в этой области склоняются к генетическим факторам развития аутизма. Впервые это предположение выдвинул Лео Каннер. По его наблюдениям, члены семей, в которых были рождены дети с аутизмом, также имели аутистические черты, что могло служить доводом в пользу врожденности этого заболевания.

Современные исследования дают основания полагать, что генетические факторы играют определенную роль в развитии аутизма: например, риск развития аутизма составляет 60% для ребенка, чей монозиготный близнец имеет диагноз РАС, в то время как в случае гетерозиготных близнецов этот риск составляет почти 0%. Наблюдения за семьями показывают, что среди родственников людей с диагнозом РАС процент людей с таким же диагнозом выше, чем среди населения в целом. В развитие аутизма подозревается значительное количество генетических аномалий, но не обнаружено ни одного ключевого гена [6].

Поиски причин развития аутизма продолжаются до сих пор, и на современном этапе в этой области работают такие авторы, как М. Раттер (M. Rutter), Л. Винг (L. Wing), Лорд (C. Lord), Д. Л. Роббинс (D. L. Robbins).

В России исследования в этой области проводили и проводят такие ученые как О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг и другие.

В методическом пособии освещаются методы работы с детьми с РАС и семьями их воспитывающими.

1. РАССТРОЙСТВО АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ДИАГНОСТИКА, КЛАССИФИКАЦИЯ АУТИЗМА

С увеличением знаний об аутизме возникает необходимость выработки надежных и достоверных критериев его диагностики. Диагностические критерии аутизма, которые описали Л. Каннер, М. Раттер и Л. Винг, изначально послужили основой для создания обоснованных и надежных классификаций аутизма [3].

На сегодняшний день общепризнанными международными классификациями являются Диагностический статистический справочник (ДСС) Американской ассоциации психиатров (ААП), Международная классификация болезней (МКБ) Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и DSM-5 (Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам), опубликованное в мае 2013 года.

Классификация DSM-5 основан на четких критериях, которые образуют «номенклатуру» психических расстройств вместе с развернутым пояснительным текстом. В данное руководство, разработанное и опубликованное Американской Психиатрической Ассоциацией (American Psychiatric Association) к РАС относится:

аутизм (синдром Каннера); синдром Аспергера; детское дезинтегративное расстройство; неспецифическое pervasive нарушение развития.

Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра расстройство аутистического спектра помещено в класс «Психические расстройства и расстройства поведения», блок «Расстройства психологического развития». По данным МКБ-10 в РАС включены: детский аутизм (F84.0), атипичный аутизм (F84.1), синдром Ретта (F84.2), другое дезинтегративное расстройство детского возраста (F84.3), гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями (F84.4), синдром Аспергера (F84.5).

Рассмотрим более подробно аутизм согласно Классификации DSM-5 [9].

Классический аутизм или синдром Каннера

Аутизм (инфантильный аутизм, детский аутизм) - комплексное расстройство, включающее несколько нарушений. Для постановки диагноза аутизма должна присутствовать триада симптомов: недостаток социального взаимодействия (сложно понять чувства и эмоции других людей, а также выразить свои собственные, что затрудняет адаптацию в обществе), недостаток взаимной коммуникации (вербальной и невербальной) и недоразвитие воображения, которое проявляется в ограниченном спектре поведения. Существуют определенные симптомы, часто появляющиеся при аутизме, но не считающиеся основными для постановки диагноза, однако они заслуживают внимания. К ним относятся: гиперактивность (особенно в раннем детском или подростковом возрасте), слуховая чувствительность, гиперчувствительность к прикосновению, необычные привычки при приеме пищи, включая приемы непищевых продуктов, аутоагрессия (нанесение себе повреждений), пониженная болевая чувствительность, агрессивные проявления и перемены настроения.

Синдром Аспергера

Встречается у людей с нормальным или по всем показателям хорошим, а иногда даже высоким интеллектуальным уровнем. Синдром Аспергера отличается ранним развитием речи, а также сохранностью заинтересованности в окружающем и навыков адаптации. Данный синдром устанавливается, следуя тому же набору диагностических критериев, относящихся к аутизму, но исключая критерии, относящиеся к нарушению коммуникации. Синдром Аспергера и аутизм (при высоком интеллектуальном уровне) пересекаются друг с другом. Уровень развития сопереживания (эмпатии) может быть определяющим фактором в постановке того или иного диагноза. При чрезмерно низких показателях эмпатии возможен диагноз аутизма, а в тех случаях, когда уровень эмпатии более высокий, вместо аутизма может быть поставлен диагноз синдрома Аспергера.

Чаще единственным признаком, который дифференцирует аутизм от синдрома Аспергера, является уровень IQ. Низкий коэффициент интеллекта ведет к постановке диагноза аутизма, а более высокий уровень IQ - синдрома Аспергера. Стоит отметить

и такой феномен, который в современном обществе принято называть «синдромом саванта». Синдром саванта, иногда сокращенно называемый «савантизм» считается частным случаем аутизма. Это состояние, при котором лица с отклонением в развитии (в том числе аутистического спектра) имеют выдающиеся способности в одной или нескольких областях знаний, контрастирующие с общей ограниченностью личности. Встречается довольно редко и обычно является вторичным явлением, сопровождающим некоторые формы нарушений развития, зачастую синдромом Аспергера. Общая для всех савантов интеллектуальная особенность - феноменальная память. Специализированные области, в которых чаще всего проявляются способности савантов: музыка, изобразительное искусство, арифметические вычисления, календарные расчёты, картография, построение сложных трёхмерных моделей. Человек с синдромом саванта может быть способен повторить несколько страниц текста, услышанного им один раз или безошибочно рассчитать результат умножения шестизначных чисел. Помимо этого, среди зарегистрированных проявлений синдрома саванта есть способности к изучению иностранных языков, обострённое чувство времени, тонкое различение запахов и др. При этом, в областях, лежащих вне проявлений синдрома, такой человек может демонстрировать явную неполноценность, вплоть до умственной отсталости.

Синдром Ретта

Синдром Ретта - одно из наиболее распространенных патологий в ряду наследственных форм умственной отсталости, встречающееся исключительно у девочек. В течение заболевания часто выявляют четыре стадии:

1. Первая стадия - стагнация. Возраст, в котором впервые отмечаются отклонения в развитии детей, колеблется от 4 месяцев до 2,5 лет. Первые признаки болезни включают замедление психомоторного развития ребенка и темпов роста головы, потерю движения, напоминающие «мытьё рук». Более чем у половины детей наблюдаются аномалии дыхания, возможно появление судорожных припадков. Важным симптомом является потеря контакта с окружающими.
2. Далее следует период регресса нервно-психического развития, который начинается, как правило, в возрасте 1-3 лет и сопровождается приступами беспокойства, «безутешного крика», нарушением сна. В течение нескольких недель - месяцев ребенок утрачивает ранее приобретенные навыки, в частности, пропадают целенаправленные движения рук, он перестает говорить.
3. Третья стадия, охватывает период дошкольного и раннего школьного возраста. В это время состояние детей относительно стабильно. На первый план выступают глубокая умственная отсталость, судорожные припадки, а также разнообразные двигательные расстройства. Приступы беспокойства проходят, сон улучшается, становится возможен эмоциональный контакт с ребенком.
4. К концу первого десятилетия жизни начинается четвертая стадия - прогрессирование двигательных нарушений. В то же время судороги становятся реже. В таком состоянии пациенты могут пребывать десятки лет.

Атипичный аутизм

Тип общего расстройства развития, который отличается от аутизма либо возрастом начала, либо отсутствием хотя бы одного из трех диагностических критериев. Атипичный аутизм наиболее часто возникает у детей с глубокой умственной отсталостью, у которых очень низкий уровень функционирования обеспечивает возникновение проявлений специфического отклоняющегося поведения, требуемого для диагноза аутизма; он также встречается у лиц с тяжелым специфическим расстройством развития рецептивной речи. Атипичный аутизм, таким образом, представляет собой состояние, значительно отклоняющееся от аутизма.

Детское первазивное (дезинтегративное) расстройство

Существует небольшая группа людей, которые развиваются без явных аномалий в возрасте от 1,5 до 4 лет, а затем у них появляются тяжелые симптомы аутизма. У имеющих более длительный период нормального развития затем следовали явно выраженная регрессия навыков и развитие многих симптомов, характерных для аутизма. Совокупность данных симптомов в прошлом рассматривали как психоз Геллера, деменцию Геллера или дезинтегративный психоз. В настоящее время такие формулировки устарели, и применяется понятие детского первазивного (дезинтегративного) расстройства.

Аутичные состояния

Люди, проявляющие три или более симптомов, но не имеющие полного набора критериев аутизма, синдрома Аспергера, детского дезинтегративного расстройства или другого, похожего на аутизм расстройства, могут диагностироваться как имеющие аутичное состояние.

Классификации МКБ-10 и DSM-5, и описанные в них диагностические критерии используются в медицинской практике врачами психиатрами для постановки диагноза.

Также были разработаны классификации, которые чаще всего используются психологами, педагогами и дефектологами.

Особый интерес представляет классификация О. С. Никольской, Е. Р. Баенской и М. М. Либлинг (1997), построенная с учетом степени тяжести аутистических проявлений и ведущего патопсихологического синдрома. Авторами были выделены четыре группы: [2, 11].

- Дети первой группы характеризуются наиболее глубокой аффективной патологией. Их поведение носит полевой характер. Они мутны, не только не владеют формами контакта, но и не испытывают потребности в нем. У них наблюдается почти полное отсутствие навыков самообслуживания. Эта группа детей имеет наихудший прогноз развития и нуждается в постоянном уходе. В раннем возрасте у детей этой группы наблюдается выраженное нарушение активности, дискомфорт. Они проявляют беспокойство, у них отмечается неустойчивый сон. Аутизм у детей этой группы максимально глубокий: он проявляется в виде полной

отрешенности от происходящего вокруг. В связи с этим авторы выделяют отрешенность от внешней среды как ведущий патопсихологический синдром.

Дети второй группы отличаются более целенаправленным поведением. Спонтанно у них вырабатываются самые простейшие стереотипные реакции и речевые штампы. Прогноз развития у этой группы лучше, чем у предыдущей. При адекватной длительной коррекции дети могут освоить навыки самообслуживания и элементарного обучения. Ведущим патопсихологическим синдромом в данной группе детей с РДА является отвержение окружающей реальности.

Дети третьей группы характеризуются большей произвольностью в поведении. В отличие от детей первой и второй групп, они имеют более сложные формы аффективной защиты, что проявляется в формировании патологических влечений, в компенсаторных фантазиях. У детей этой группы более высокий уровень развития речи. При адекватной коррекции они могут быть подготовлены к обучению во вспомогательной школе. Ведущим патопсихологическим синдромом у них является замещение с целью противостояния аффективной патологии.

Дети четвертой группы характеризуются менее глубоким аутистическим барьером, меньшей патологией в аффективной и сенсорной сферах. В их статусе на передний план выступают неврозоподобные расстройства, что проявляется в тормозимости, робости, пугливости, особенно при контактах. Основным патопсихологическим синдромом является повышенная ранимость при взаимодействии с окружающими. У детей этой группы наблюдается развернутая, менее штампованная речь, сформированы навыки самообслуживания. При адекватной психологической коррекции они могут быть подготовлены к обучению в массовой школе.

Представленная классификация широко используется в практике работы психологов и педагогов с детьми с аутизмом. Ее преимущество заключается в том, что она построена с учетом ведущего патопсихологического синдрома, отражающего глубину аффективной патологии ребенка и прогноз его дальнейшего психического развития.

Для выявления у ребенка аутизма используются диагностические методы, которые можно разделить на следующие виды:

- неинструментальные (наблюдение, беседа);
- инструментальные (использование определенных диагностических методик)
- экспериментальные (игра, конструирование, тесты, анкеты, действия по образцу);
- аппаратурные экспериментальные (информация о состоянии и функционировании мозга, вегетативной и сердечно-сосудистой системы; определение физических пространственно-временных характеристик зрительного, слухового, тактильного восприятия и т.д.) [3, 19].

Диагностические методики должны обеспечивать детальную оценку всех основных функциональных сфер, что связано, главным образом, с первазивным (всеобъемлющим) характером данного нарушения и асинхронией в развитии

различных функциональных областей и навыков у этих детей, но анализ применяемых в России методик показал, что большинство из них являются узкоспециализированными, так как они направлены преимущественно на оценку определенной области развития или группы навыков. К ним можно отнести «логопедические» методики, которые направлены на обследование речи, «дефектологические», оценивающие познавательную область развития. Существуют также психологические методики, каждая из которых также направлена на обследование одной из сфер: эмоционально-волевой, интеллектуальной, межличностной. Поэтому проведение комплексного обследования ребенка с РАС с целью разработки индивидуальной коррекционно-образовательной программы требует больших организационных ресурсов.

В то же время в зарубежных странах разработаны и успешно применяются в практике с детьми, имеющими РАС, методики, включающие оценку нескольких функциональных областей развития и предназначенные для разработки комплексных индивидуальных коррекционно-образовательных программ. Использование в практической работе подобных методик позволяет упростить и повысить эффективность процедуры проведения диагностики и составления программ. При составлении программы на основе результатов тестирования с применением таких методик у участников образовательного процесса не возникает вопросов о ходе дальнейшей коррекционной работы, т.к. основу одной методики составляет комплексный подход. В качестве примера таких методик, можно привести следующие, которые вы видите на слайде презентации [8].

- Диагностическая программа по определению психологической готовности детей к школьному обучению (Н.И. Гуткина);
- Программа «Каролина» для младенцев и детей младшего возраста с особыми потребностями (под ред. Н.Ю. Барановой);
- Программа ранней педагогической помощи детям с отклонениями в развитии «Маленькие ступеньки» (М. Питерси и Р. Трилор);
- Протокол обследования функционирования ребенка (возраст детей от 0 до 7-ми лет) и факторов среды (А.М. Казьмин, А.И. Чугунова, Г.А. Перминова, С.В. Покровская, А.В. Егоров, Е.А. Абрамова);
- Наглядный материал для обследования детей (под ред. Е.А. Стребелевой).
- Диагностический альбом для оценки развития познавательной деятельности ребенка. Дошкольный и младший школьный возраст (Н.Я. Семаго, М.М. Семаго);
- Оценка базовых речевых и учебных навыков (ABLLSR);
- Психологопедагогический профиль развития (PEP);
- Шкала адаптивного поведения Вайнленд. Тест VB-MAPP (The Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program) разработанный Марком Сандбергом.

Также необходимо отметить стандартизированные методы диагностики нарушений аутистического спектра для детей и взрослых, которые разработаны и

широко применяются в мировой практике для постановки диагноза аутизм. В качестве основного диагностического инструментария следует отметить следующие опросники и шкалы:

Autism Behavior Checklist (ABC; Krug et al.) - Поведенческий опросник для выявления аутистических нарушений;

Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT; Robbins et al.) - Модифицированная шкала для раннего распознавания аутизма;

Autism Diagnostic Observation Schedule Generic (ADOS-G; Lord et al.) - Диагностическая шкала наблюдения для аутистических нарушений.

Клинические проявления аутизма

Как уже говорилось выше аутизм является первазивным или всепроникающим, поэтому клинические проявления очень разнообразны, и они включают следующие нарушения:

- нарушение общения,
- нарушения речи,
- особенности эмоционального развития,
- особенности познавательной деятельности,
- нарушение двигательных навыков,
- особенности игровой деятельности,
- особенности восприятия,
- пищевое поведение и сон,
- аутостимуляции и стереотипии [9].

Рассмотрим более подробно эти нарушения.

1. Нарушение общения

Дети с РАС испытывают трудности в установлении контакта с другими людьми, болезненная боязнь контакта с ними, отгороженность от внешнего мира. Эти проявления уже заметны с самого рождения, и это проявляется в отсутствие адекватной эмоциональной реакции на мать, тревогой при общении со всем новым, игнорированием общения со сверстниками, стремлением к территориальному уединению, одинаковым отношением к одушевленным и неодушевленным предметам, гиперчувствительностью к физическому воздействию, прикосновению и т. д.

Отношения с матерью на первом году жизни ребенка могут иметь следующие особенности: у ребенка отсутствует характерная поза готовности при взятии на руки, при уходе возникает тревога или ребенок не реагирует на отсутствие или присутствие матери. В отношениях с детьми также прослеживаются некоторые особенности, ребенок либо пытается избежать контакта с ребенком, либо относится к ним равнодушно, как будто не замечает их присутствия. А также он может испытывать страх перед другим ребенком, и начинает проявлять нежелательное поведение в виде агрессии.

2. Нарушения речи

Нарушение речи является базовым нарушением у детей с расстройством аутистического спектра и имеет ряд своих особенностей. На первом году жизни отмечается задержка развития предречевых вокализаций - гуления, лепета, псевдослов, отсутствие интонационной выразительности и специфического сигнального значения крика-плача и других вокализаций. В раннем возрасте отмечается запаздывание сроков появления первых слов и фраз, длительное сохранение эхολалических речевых форм. Нарушения формирования экспрессивной речи проявляются отсутствием ответов на заданные вопросы. Дети не используют по отношению к себе формы и местоимения в первом лице. Отмечаются элементы скандирования, фразы носят отрывочный характер, нередко фразы рифмуются, эпизодически произносятся слова, не имеющие значения в данной ситуации. Высказывания не передают эмоционального тона переживаний, отмечается нарушение интонации, иногда ударение ставится на последних слогах, слоги произносятся с напевом. Нарушается порядок слов. Относительно специфической является автономная речь, разговоры с собой или полный мутизм. Вместе с тем встречаются сложные речевые формы. Общая закономерность выражается в нарушении коммуникативной функции речи.

3. Особенности эмоционального развития

В младенческом возрасте наблюдается задержка сроков появления первой улыбки. Отсутствуют положительные эмоции в ответ на улыбку взрослого, ласковый разговор. Ребенок улыбается, как правило, при виде неодушевленного предмета. «Комплекс оживления» возникает позднее, отмечается рудиментарность его проявления. Может отсутствовать один из компонентов - замирания, движения, вокализаций, улыбки. Впоследствии эмоциональная реакция на появление матери и близких также отсутствует.

В раннем возрасте отмечается задержка формирования, слабость, а в некоторых случаях чрезмерная выраженность эмоций. В целом эмоции характеризуются трудностью возникновения, отмечается слабая эмоциональная откликаемость при общении со взрослым. В ряде случаев наблюдаются немотивированные колебания настроения. Ребенка часто беспокоит страх при появлении животных, бытовых шумов, тихих звуков (шелеста бумаги, жужжания насекомых и т. д.). Тревога при изменении яркости света, цвета и формы предметов, прикосновения, влаги. Страхи высоты, лестницы, огня. Отсутствие страха темноты.

Основное качество эмоциональных реакций выражается в их несоответствии определенным ситуациям, событиям. Наиболее характерно преобладание тревожного напряжения или выраженной тревоги (капризность, постоянное беспокойство) при попытках изменить сложившийся порядок жизни, игры, расположение предметов в комнате, времени и места прогулки, предложить новый вид пищи, поменять одежду. Последнее представляет собой относительно специфический симптом - феномен «тождества», проявляющийся в потребности сохранения сложившегося порядка, страха перед переменами. Тревожное напряжение возникает при появлении

посторонних, при проявлении внимания, особенно при попытках проникнуть во внутренний мир ребенка. Достаточно часто можно наблюдать равнодушное отношение в тех ситуациях, когда, напротив, дети должны обнаруживать недовольство или беспокойство. При играх эпизодически появляется улыбка на лице и выражение удовольствия.

4. Особенности познавательной деятельности

Выявлено, что общий интеллектуальный показатель ниже, чем у детей с нормальным развитием, но выше, чем при олигофрении. Средний уровень невербальных показателей в одной трети случаев соответствует показателям при олигофрении, и прежде всего таким показателям, как выделение последовательности событий, пространственных отношений, способности переключения внимания на предметном уровне. Отмечается неравномерность показателей вербально-интеллектуальной функции. Общий объем знаний, понимание общественных норм жизни и способность оперировать числами ниже нормы. Мышление носит конкретный, механический характер. Отмечается неравномерный уровень развития отдельных способностей, например, ребенок может говорить на двух языках, или производить сложные математические вычисления, но при этом не владеет пространственными понятиями и навыками, например, право-лево, при письме неровная строчка с корявыми и прыгающими буквами и зеркальным изображением. Таким образом, структура интеллектуального дефекта у детей с ранним детским аутизмом качественно иная, чем при олигофрении.

5. Нарушение двигательных навыков

У всех без исключения детей с РАС наблюдаются моторные нарушения, которые проявляются в разной степени. В период младенчества обращают на себя внимание различные двигательные стереотипии: раскачивание в колыбели, однообразные повороты головы, ритмичные сгибания и разгибания пальцев рук, упорное длительное раскачивание стенок манежа, на игрушечной лошадке, качалке, кружение вокруг своей оси, машущие движения пальцами либо всей кистью. Также на первом году жизни можно заметить задержку в развитии навыков самостоятельного сидения, ползанья, вставания. Характерна «внезапность» перехода к ходьбе и практически одновременное появление навыка бега с навыком ходьбы. С раннего возраста могут отмечаться такие особенности движений, как медлительность, угловатость, порывистость, неуклюжесть, «мешковатость», «марионеточность». В ряде случаев это необычная грациозность, плавность движений, ловкость при лазанье и балансировании.

Значительно запаздывает освоение указательных жестов, отрицательно-утвердительных движений головой, жестов «согласие-несогласие», «приветствие-прощание» (например, помахал рукой, стоя спиной к врачу). Характерны затруднения в имитации движений и жестов взрослых и сопротивление помощи при обучении двигательным навыкам.

К особенностям мимики относятся ее бедность, напряженность, иногда неадекватные гримасы. Часто наблюдается неподвижный, застывший, «испуганный» взгляд. В ряде случаев отмечаются красивые лица с «прорисованными» чертами.

6. Особенности игровой деятельности

С раннего возраста для игровой деятельности характерны элементарные формы. Отмечается либо полное игнорирование игрушек, либо их рассматривание без стремления манипулировать. В основном наблюдаются кратковременные или более длительные стереотипные действия с такими предметами обихода, как веревочки, ключи, гайки, бутылки и т. д. Реже встречается интерес к игрушкам, но и при этом преобладают такие стереотипии, как верчение игрушками перед глазами, перекалывание с места на место, постукивание об пол или касание игрушками лица, обнюхивание, облизывание. Отсутствует сюжетный замысел в игровой деятельности. Характерны игры со струёй воды, переливание жидкости из одной посуды в другую. Отмечен интерес к старым ржавым трубам, велосипедным колесам.

7. Особенности восприятия

Зрительное восприятие у детей с РАС может иметь свои особенности. В младенческом возрасте может отсутствовать слежение за движущимся предметом. Длительно не формируется навык узнавания и различения близких родственников.

Специфическими являются такие особенности зрительного поведения, как непереносимость взгляда в глаза, преобладание периферического зрения, взгляд мимо или «сквозь людей», «бегущий взгляд», поиск необычных зрительных впечатлений, явление «псевдослепоты», длительная сосредоточенность взгляда на «беспредметном» объекте - световом пятне, блестящей поверхности, узоре обоев, ковра, мелькании теней. Характерна гиперчувствительность к зрительным стимулам, например, испуг при включении света, раздвигании штор.

Слуховое восприятие ребенка с аутизмом характеризуется длительным отсутствием реакции на звук, либо может появиться гиперчувствительность. В связи с гиперчувствительностью ребенок может так и не привыкнуть к звукам домашней обстановки (звонку, пылесосу). У ребенка отсутствует реакция на словесные обращения, отклик ребенка на свое имя, избирательность ответных реакций на речь. Может рано возникнуть интерес к прослушиванию музыки.

Тактильная, вкусовая, обонятельная и проприоцептивная чувствительность также нарушена у детей с аутизмом. С раннего возраста наблюдается слабость или отсутствие реакции на мокрые пеленки, холод, голод, прикосновение. В дальнейшем появляется гиперсенситивность к тактильным раздражителям, ребенок противится пеленанию, купанию, причесыванию, стрижке ногтей и волос. Его стесняет одежда, обувь, он стремится раздеться. Характерны необычные вкусовые предпочтения в виде тяги к несъедобному или появляется избирательность в еде. Отмечается гиперсенситивность к запахам и вкусам. Иногда прежде, чем взять новый предмет ребенок начинает, предварительно длительно его ощупывать, обнюхивать или облизывать. Находясь одни, дети часто «стимулируют» себя, напрягая тело и

конечности, ударяя себя по ушам, зажимая их при зевании, ударяя головой о коляску, спинку кровати.

8. Пищевое поведение и сон

Отмечаются нарушение ритма «сон-бодрствование», засыпание лишь в определенных условиях, сон может иметь поверхностный и прерывистый характер. В еде такие дети могут демонстрировать избирательность, есть продукты определенного цвета или консистенции. А кормление может быть возможным лишь в особых условиях.

9. Аутостимуляции и стереотипии

Стереотипность у ребенка с аутизмом вызывается необходимостью взять под контроль контакты с миром и оградить себя от дискомфортных впечатлений, от страшного. Другая возможная причина, это ограниченная способность активно и гибко взаимодействовать со средой. Иначе говоря, ребенок опирается на стереотипы потому, что может приспособляться только к устойчивым формам жизни.

В условиях частого дискомфорта, ограниченности активных положительных контактов с миром обязательно развиваются особые патологические формы компенсаторной аутостимуляции, позволяющие такому ребенку поднять свой тонус и заглушить дискомфорт. [17] Существует шесть различных типов аутостимуляции, которые связаны с органами чувств человека: визуальное (зрительное), аудиторное (слуховое), тактильное, вестибулярное, а также аутостимулирующее поведение, связанное со вкусом и запахом. Примерами визуальной самостимуляции является повторяющееся моргание, размахивание руками перед лицом, длительный взгляд на освещение или потолочные вентиляторы, включение и выключение света, игры с пальцами перед глазами. Аудиторная аутостимуляция может принимать форму щёлканья пальцами, стука по предметам, закрывания и открывания ушей руками, повторение отрывков видеороликов или песен, продуцирование вокальных звуков. Дети, которые вовлечены в самостимуляцию с целью получения тактильных ощущений, могут тереть предметы или кожу руками, чесаться, царапаться, сжимать и разжимать кулаки. Вестибулярная аутостимуляция включает в себя такие действия, как раскачивание из стороны в сторону, вращение вокруг своей оси, прыжки и шагание. Примером поведения самостимуляции, направленного на получение вкусовых ощущений, является облизывание предметов или помещение этих предметов и частей тела. Дети, которые стимулируются от различных запахов, как правило, нюхают людей или различные предметы.

Опыт многих специалистов показывает, что, несмотря на тяжесть нарушений возможна успешная социализация таких людей - приобретение навыков самостоятельной жизни и овладение достаточно сложными профессиями. Важно подчеркнуть, что даже в самых тяжелых случаях упорная коррекционная работа всегда дает положительную динамику: ребенок может стать более адаптированным, общительным и самостоятельным в кругу близких ему людей.

2. ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА И СЕМЬЯМ, ИХ ВОСПИТЫВАЮЩИМ

2.1. Примерная модель оказания комплексной медико-социальной и психолого-педагогической помощи детям и семьям, их воспитывающим

Аутизм – это тяжелое, во многих случаях инвалидизирующее заболевание раннего детского возраста и характеризующееся грубым дефицитом в области коммуникации, социального взаимодействия и речи.

Для того чтобы, как можно раньше, были выявлены дети группы риска по расстройствам аутистического спектра проводится скрининг. Скрининг – это метод выявления лиц с какой-либо патологией или факторами риска ее развития, основанный на применении специальных диагностических исследований, включая тестирование, в процессе массового обследования населения или его отдельных компонентов. Скрининг осуществляется с целью ранней диагностики заболевания (РАС) или предрасположенности к нему, что необходимо для оказания своевременной лечебно-профилактической помощи детям с данным нарушением развития. Осуществляется на базе детских поликлиник специалистами первичного звена [12].

В настоящее время существует множество методик для выявления риска развития РАС: тесты, контрольные листы, рейтинговые шкалы, опросники и другие инструменты. Наиболее доступной, распространенной и официально используемой в России является методика M—CHAT-R (Modified Checklist for Autism in Toddlers; Robbins, Fein, Barton, 2009). Методика используется в возрастном диапазоне от 18 до 30 месяцев. Проведенные исследования подтверждают валидность, надежность и эффективность ее использования в целях раннего выявления расстройств аутистического спектра. В то же время существует возможность прохождения теста в режиме «он-лайн» на сайте <http://аутизм-тест.рф/>. Если по результатам проведения скрининга у ребенка выявлена средняя или высокая степень риска развития РАС, то его направляют на углубленную диагностику и обследование с целью оказания ранней помощи [10].

Постановка диагноза, относящегося к расстройствам аутистического спектра, возможна в возрасте 3-х лет и старше. Углубленная диагностика осуществляется на базе специализированных региональных психиатрических больниц и психоневрологических диспансеров.

В настоящий момент в России постановка диагноза, относящегося к расстройствам аутистического спектра, осуществляется на основе Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

Для более точной постановки диагноза используются следующие диагностические инструменты:

- опросник для диагностики аутизма, адаптированный вариант (Autism Diagnostic Interview – ADI-R);
- шкала наблюдения для диагностики аутизма (Autism Diagnostic Observation Schedule – ADOS);
- шкала рейтинга детского аутизма (Childhood Autism Rating Scale – CARS).

Отдельного внимания требуют вопросы дифференциальной диагностики внутри группы расстройств аутистического спектра, а также вопросы дифференциации расстройств аутистического спектра и других нарушений развития: интеллектуальных, речевых нарушений, нарушений слуха и других расстройств.

Следующим шагом в данном направлении будет оказание ранней помощи и сопровождения ребенка и семьи путем определения перечня услуг, исходя из необходимости обеспечения комплексных потребностей ребенка и семьи, с учетом существующих перечней услуг в сферах здравоохранения, социальной защиты и образования, в том числе:

- направление ребенка и семьи в программу ранней помощи, предоставление информации о доступных услугах с учетом разработанных критериев включения в программу ранней помощи;
- координация и помощь в получении услуг, необходимых ребенку и семье;
- оценка развития ребенка;
- разработка индивидуальной программы ранней помощи и сопровождения ребенка и семьи на основании результатов оценки развития ребенка;
- реализация индивидуальной программы ранней помощи и сопровождения ребенка и семьи, выполнение деятельности, содействующей удовлетворению потребностей развития ребенка в различных областях;
- реализация программ развития и адаптации личности (арт-терапия, музыкальная и игровая терапия), включая индивидуальные и групповые формы;
- подбор альтернативных коммуникативных систем и технических средств коммуникации (альбомы PECS, коммуникативные доски, коммуникаторы, планшеты с приложениями), реабилитационного оборудования для детей с РАС (сенсорное оборудование);
- социальная поддержка семьи, предоставление услуги временного краткосрочного пребывания ребенка вне дома с сопровождением или предоставление помощи в уходе за ребенком в домашних условиях с целью поддержания благополучия в отношениях родителей и ребенка, профилактики нежелательного обращения с ребенком и помещения ребенка в стационарное учреждение;
- определение организаций и специалистов, обеспечивающих предоставление полного спектра услуг ранней помощи на муниципальном и региональном уровнях;
- организация повышения квалификации и профессиональной переподготовки различных специалистов для обеспечения предоставления примерного перечня услуг ранней помощи.

Для детей группы риска по РАС большое значение имеет создание и развитие специализированных структурных подразделений, направленных на оказание им

ранней помощи в системе здравоохранения. Именно на этом этапе, когда официальный диагноз еще не выставлен, но общая картина заболевания уже ясна, обеспечивается постоянное наблюдение врача-психиатра за ребенком, комплексная помощь и систематическое консультирование родителей [10].

Официальная постановка диагноза, относящегося к расстройствам аутистического спектра, осуществляется с 3-х лет, поэтому в большинстве случаев дети получают доступ к социально-реабилитационным услугам уже после постановки инвалидизирующего диагноза. Однако дети с риском возникновения РАС значительно раньше нуждаются в социально-медицинских, социально-психологических и социально-педагогических услугах, предоставляемых организациями системы соцзащиты.

На базе центров содействия семейному воспитанию организуется эффективная помощь детям, в том числе и патронаж семей, воспитывающих детей-инвалидов, диспетчерская служба.

На базе ППМС центров в системе образования создаются специализированные службы ранней помощи детям группы риска по РАС в возрасте до 3-х лет, где предоставляются услуги разнопрофильных специалистов [7].

Все решения относительно программ помощи принимаются совместно междисциплинарной командой специалистов после обсуждений, но при этом каждый член команды несет ответственность за свою профессиональную работу.

Комплексная ранняя помощь осуществляется следующими специалистами: врачом психиатром, неврологом, педагогом-психологом, учителем-логопедом, педагогами дополнительного образования, в том числе специалистами по сенсомоторному развитию и адаптивной физкультуре.

Медицинская помощь в ППМС-центре реализуется на основе аутсорсинга.

В службах ранней помощи организуется тесное сотрудничество с семьей ребенка [9].

Основными формами работы с семьями, воспитывающими ребенка раннего возраста с риском возникновения РАС, являются: индивидуальные консультации родителей; занятия в триаде: специалист-родитель-ребенок; детско-родительские группы; обучающие семинары для родителей [15].

Деятельность специалистов психолого-педагогического сопровождения служб ранней помощи направлена на:

- комплексное обследование ребенка, определение его особенностей и уровня развития по различным сферам;
- разработку индивидуальной программы ранней помощи;
- разработку рекомендаций родителям по реализации основных направлений индивидуальной программы;
- сопровождение родителей и оказание им помощи в процессе занятий с ребенком.

Ранняя помощь детям с признаками РАС оказывается на базе дошкольных образовательных организаций, в которых организуются вариативные формы

дошкольного образования, в том числе лекотеки, группы кратковременного пребывания.

Особенности комплексного сопровождения семей, воспитывающих детей с РАС

Оказываясь один на один с проблемой воспитания ребенка с РАС, родители предпринимают отчаянные попытки устройства жизнедеятельности ребенка, заключающиеся в самостоятельном поиске «хороших» врачей, «понимающих» учителей, сведений о новых «эффективных методах лечения аутизма». В поисках получения наилучших услуг и в ожидании изменений теряется время и семейные финансовые ресурсы. Ухудшается внутреннее семейное положение. Семья начинает испытывать состояние хронического многолетнего стресса, преодолевая который, пытается использовать внутренние и внешние стратегии [18].

Внутренние стратегии проявляются в пассивной (избегание поиска путей решения проблемы), или активной позиции (попытки во чтобы то не стало изменить существующие условия).

Внешние – умение опираться на экстрасемейные подсистемы, то есть на индивидуумов и учреждения, не входящие в систему семьи (соседей, друзей, другие семьи с детьми с ОВЗ), духовную поддержку, ресурсы государственной поддержки социальной защиты, здравоохранения, образования.

Особую социальную ситуацию описываемых семей обуславливает то обстоятельство, что все происходящие с ребенком явления жизни, затрагивают всех остальных членов семьи.

Модель комплексного сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с РАС имеет многокомпонентную структуру:

Первый компонент - выявление - ориентирован на своевременную диагностику расстройств аутистического спектра. Технология выявления представлена двумя взаимосвязанными блоками:

– инициальный - предполагает нерегламентированное обращение любого члена семьи, ближайшего социального окружения ребенка, специалистов учреждений здравоохранения, системы образования, системы социальной защиты, в Центр помощи детям с РАС и их семьям. Основанием для обращения является беспокойство по поводу наличия у ребенка признаков РАС. В этом случае специального направления и пакета документов не требуется.

– высокоформализованный компонент реализуется специалистами центра помощи детям с РАС и их семьям, с целью координации межведомственного взаимодействия по вопросам социального, психолого-педагогического и медицинского сопровождения, абилитации и реабилитации детей с РАС.

В структуру непрерывного комплексного сопровождения входят три основных направления: разработка индивидуального маршрута непрерывного комплексного сопровождения; подготовка субъектов комплексного сопровождения к эффективному взаимодействию с детьми с РАС; обеспечение готовности среды к эффективному взаимодействию с детьми с РАС.

Разработка индивидуального маршрута непрерывного комплексного сопровождения предполагает:

- поддержку семьи в «кризисный» период принятия диагноза;
- помощь в концентрации внутрисемейных ресурсов с целью сокращения периода деструктивных реакций;
- формирование потенциала семьи в отношении психического здоровья детей с РАС;
- оказание комплексной помощи детям раннего возраста;
- коррекционно-развивающую помощь детям группы риска по РАС;
- подготовку ребенка и семьи к поступлению в ДОУ;
- минимизацию травматичности перехода в школу;
- оказание юридической и психологической консультационной помощи в конфликтных случаях во всех учреждениях системы здравоохранения, образования и социальной защиты.

Индивидуальный маршрут имеет три обязательные формы реализации: здоровьесберегающую, образовательную, социальную [18].

Здоровьесберегающая форма представляет собою зону ответственности системы здравоохранения. Она включает в себя неврологическое и психологическое лечение; особое отношение к пациенту в процессе лечения соматических и других заболеваний.

Образовательная форма реализуется в учреждениях, оказывающих образовательные услуги с учетом созданием в них специальных образовательных условий.

Социальное направление реализуется в учреждениях социальной защиты.

При необходимости маршрут непрерывного комплексного сопровождения в отношении конкретной семьи, воспитывающей ребенка с РАС может быть изменен в одном или нескольких аспектах (образовательном, здоровьесберегающем, социальном).

Например, образовательный сценарий может быть изменен за счет смены форм обучения (специальное - инклюзивное / групповое - индивидуальное / школьное - надомное). Здоровьесберегающий - за счет точного подбора абилитационно-реабилитационных мероприятий.

Социальный сценарий также является гибким. Он чутко реагирует на возрастные изменения ребенка, демографические, экономические и др. изменения в семье ребенка с РАС.

Для обеспечения необходимой гибкости и вариативности индивидуального маршрута непрерывного комплексного сопровождения вводится динамическое наблюдение: сопровождение семьи с ребенком с РАС как на различных возрастных этапах жизни ребенка, так и при возникновении трудностей взаимодействия семьи с различными ведомственными структурами.

Важно помнить, что важным аспектом работы с семьей ребенка с РАС является налаживание взаимодействия, где родители становятся партнерами специалистов в создании и реализации индивидуальной программы развития ребенка.

2.2. Психолого-педагогическая коррекция нарушений развития у детей с расстройством аутистического спектра

Согласно данным института коррекционной педагогики РАО, если ребенок с расстройством аутистического спектра вовремя получает комплексную психолого-педагогическую коррекционную помощь, то риск его инвалидизации снижается на 70%. Дети, получающие раннюю комплексную психолого-педагогическую помощь, в 60% случаев могут обучаться по программе массовой школы; в 30% по программе вспомогательной школы, и только лишь 8-10% адаптируются в условиях семьи [3].

На сегодняшний день ведущие специалисты в области изучения аутизма признают тот факт, что методы коррекции и педагогического воздействия, которые применяются, либо не имеют успеха, либо требуют модификации. Но в любом случае в результате своевременной оказанной помощи детям с РАС наблюдается отчетливая положительная динамика. А вот отсутствие у детей и их семей соответствующей профессиональной помощи является нарушением права ребенка.

В работе с детьми с РАС следует придерживаться единого комплексного подхода, целью которого является общее развитие детей. Комплексное использование медикаментозных и немедикаментозных методов лечения является одним из основополагающих принципов коррекции аутистических расстройств у детей [5].

К немедикаментозным методам коррекции относятся различные технологии, которые используются специалистами сферы образования. И не смотря на разнообразие методов и подходов к коррекции РАС можно выделить два основных направления – это развивающее и поведенческое.

Поведенческие подходы нацелены на формирование у ребенка социально приемлемого поведения, в рамках которого ведется разработка средств приспособления среды к адаптационным возможностям ребенка, а также выработка и закрепление форм поведения, навыков коммуникации и социально-бытовой адаптации, приспособляющих самого ребенка к его окружению. И то, и другое, несомненно, способствует организации более «нормальной» и благополучной социальной жизни ребенка [8].

Другое направление - развивающее, которое нацелено на поиск психологических средств, позволяющих ребенку приблизиться в своем психическом и социальном развитии к норме. Коррекционная помощь при этом должна противостоять дальнейшему искажению его психических функций, а также направлять их развитие для решения реальных жизненных задач, коммуникации и социализации.

Несмотря на то, что методы могут быть самыми разными, в зависимости от конкретных ситуаций, выделяют общие принципы.

Прежде всего, это доверие и взаимопонимание между родителями и специалистами при достаточном уровне критичности. А также помощь детям при аутизме направлена не только на самого ребенка, но и на его родных.

На предварительном этапе в коррекционных программах на основе применяемых методов диагностируется запас знаний и поведенческих навыков ребенка специалистами разного профиля. Эта оценка является основой для разработки индивидуального плана психолого-педагогических мероприятий.

Необходимо учитывать, что в большинстве случаев к периоду начала работы с ребенком уровень знаний и характер игровой деятельности отстают примерно на 2-3 возрастных порядка.

На первых этапах работы с ребенком отрабатывается реакция оживления и наблюдения, формируется зрительно-моторный комплекс. В манипуляциях с предметами развивают тактильное, зрительно-тактильное, кинестетическое, мышечное восприятие. Одновременно вырабатываются связи между определенными частями тела, их словесными обозначениями и видами движений. Все это дает возможность сформировать у ребенка представление о собственном теле. Затем проводится работа по воспитанию навыков самообслуживания, участия в элементарной целенаправленной деятельности [5].

В процессе работы словесные комментарии даются четко и в однообразной форме. Речевые объяснения должны быть всегда простыми, одинаково выраженными, неоднократно повторяющимися, в одной и той же последовательности, голосом разной громкости (от тихого до громкого) и в разной тональности.

Сугубо педагогические программы направлены на увеличение словарного запаса, обучение счету, определение временных категорий, углубление ориентирования в форме предметов и в пространстве. Любые задачи надо по возможности предлагать в наглядной форме.

Задачей следующих этапов коррекционной работы является постепенное усложнение деятельности с переходом от индивидуальных к групповым занятиям, к сложным играм и упражнениям в группах из 3-5 детей [3].

Имеющиеся на сегодняшний день клинические классификации аутизма, опирающиеся на этиологию синдрома, играющие значительную роль в деле разработки адекватных подходов к оказанию медикаментозной помощи детям с РАС, не подходят для решения конкретных психолого-педагогических задач в коррекции нарушений развития ребенка с аутизмом. Поэтому, согласно выше представленной классификации О. С. Никольской, Е. Р. Баенской и М. М. Либлинг (1997), выделены четыре группы детей с совершенно разными типами поведения и взаимодействия со средой и людьми. Они построены с учетом степени тяжести аутистических проявлений и ведущего патопсихологического синдрома, проявляющиеся в разных формах: 1) как полная отрешенность от происходящего; 2) как активное отвержение; 3) как захваченность аутистическими интересами и, наконец, просто 4) как чрезвычайная трудность организации общения и взаимодействия. При успешной коррекционной работе можно увидеть, как ребенок поднимается по этим ступеням,

приобретая возможность организации все более сложных и активных форм взаимодействия. И точно так же при ухудшении внутренних и внешних обстоятельств можно наблюдать, как упрощаются и переводятся в пассив эти формы, как происходит переход к более примитивным способам организации жизни, к еще более глухой «обороне» от нее.

2.3. Специфика коррекционной работы с детьми, имеющими расстройства аутистического спектра

(Использованы практические материалы из статьи Давыдовой Н.И., учителя-дефектолога)

Своеобразие и сложность психики детей с РАС, требует специального подхода к организации коррекционной работы. Необходимо учитывать, в первую очередь, следующие факторы:

- качественное своеобразие развития ребенка;
- время возникновения дефекта (возраст, с которого начались проявления аутистического поведения) и динамика его развития;
- тяжесть аффективной патологии.

Чтобы вовлечь ребенка с РАС в какую-либо деятельность необходимо, прежде всего, подготовить внешнюю среду: устранить все факторы беспокойства и создать комфортную и безопасную для ребенка атмосферу.

Для индивидуальных занятий оборудуется специальное рабочее место, таким образом, чтобы внимание ребенка ничто не отвлекало, чтобы не было лишних визуальных и звуковых стимулов. Стол, за которым во время занятия сидит ребенок, должен быть обращен к стене, а на самом столе должны находиться только предметы, необходимые для данного конкретного занятия. Остальные материалы педагог должен держать вне зрительного поля ребенка (например, в ящике или на полке) и доставать по мере необходимости, перед этим убирая предыдущие и уже не нужные предметы.

Часть важных коррекционных упражнений дети должны повторять дома, поэтому занятия проводятся с участием родителей. По возможности, в психологический процесс также должно быть вовлечено все близкое окружение ребенка.

Также необходимо постоянное поддержание особого режима занятий.

У большинства детей с нарушениями спектра наблюдаются стереотипы поведения, которые являются обязательным компонентом адаптации ребенка. В процессе занятий необходимо поддерживать сложившиеся стереотипы: чрезвычайно важна регулярность и структурированность занятий, строгое соблюдение режима (одинаковое время начала занятий и их продолжительность) и ритуалов. Например, могут использоваться ритуалы приветствия и прощания в виде пальчиковых игр, когда под определенное стихотворение кончик большого пальца правой руки поочередно касается кончиков указательного, среднего, безымянного пальцев и

мизинца, а после то же самое проделывается левой рукой. В качестве ритуала прощания выполняется движение «кулачок-ладошка» под следующее стихотворение, в конце которого дети машут рукой:

А теперь пришла пора
Попрощаться, детвора.
Мы «Спасибо!» всем сказали
И ладошкой помахали.

Оговоренный и устойчивый порядок снижает эмоциональный дискомфорт у ребенка, способствует ощущению стабильности, надежности окружающего мира. Несоблюдение же этих правил, как показывает опыт, может привести к аффективным реакциям у детей и срывам занятий. Чтобы поддерживать у ребенка сложившиеся стереотипы, сам педагог или родители могут проговаривать с ребенком ход занятия, например, оговорить следующий порядок: сначала идет приветствие, затем выполнение задания, потом игры и в конце прощание по определенному ритуалу.

Установление положительного эмоционального контакта с ребенком является одним из необходимых приемов работы. У детей с аутизмом этап установления положительного эмоционального контакта может занимать большое количество времени. Преградой для общения становится негативизм ребенка, чувство страха, тревоги, «полевое», спонтанное, нецеленаправленное поведение. В начале знакомства необходимо подготовить сразу несколько сценариев общения, так как ребенок может категорически отказаться идти на контакт или играть в определенную игру. Специалисту необходимо выявить, что является для ребенка поощрением, а в каких случаях он, наоборот, отказывается общаться.

Для установления эмоционального контакта с ребенком можно использовать сенсорные стимулы, такие как мыльные пузыри, вращающиеся предметы-волчки, колесики, заводные и музыкальные игрушки. «Волшебная коробка» с подобными игрушками всегда должна находиться у специалистов под рукой. Также необходимо использовать аутостимуляции, наблюдаемые у ребенка в процессе занятий. Например, если ребенок постоянно раскачивается, можно предложить ему упражнение «Лодочка». Если ребенок подпрыгивает, встряхивает руками, то можно провести игру «Зайчики», а в ответ на постоянное постукивание по столу или стене - игру «Строим дом», когда педагог показывает ребенку, как кулачком-молоточком забивают воображаемые гвозди под ритмичный текст. Таким образом имеющиеся у ребенка аутостимуляции переводятся в социально приемлемую форму.

У детей с аффективной дезадаптацией необходимо развивать способность к подражанию. Решение этой задачи успешно осуществляется в процессе специальных игр. Приведем несколько примеров таких игр («птички» и «обезьянка»), целью которых является установление эмоционального контакта ребенка с педагогом и обучение ребенка подражанию действиям взрослых. В ходе игры «птички» педагог показывает детям, как птицы взмахивают крыльями, и приглашает детей куда-либо «слетать». Если у ребенка не получается выполнить движение (взмах руками), педагог помогает ему. Потом задание можно усложнить - педагог присаживается на

корточки и стучит пальцем по полу, показывая детям, как птички клюют зернышки. В ходе игры «обезьянка» педагог показывает детям игрушечную обезьянку и рассказывает, как она любит всем подражать. Педагог поднимает руку, потом делает это же движение с обезьянкой, потом предлагает ребенку выполнить это движение самому или на обезьянке. Затем движения усложняются: взмах рукой, хлопанье в ладоши, постукивание и так далее.

Необходимо учитывать особые интересы и пристрастия ребенка при построении коррекционных занятий. Выстроить программу коррекции для конкретного ребенка можно только методом «проб и ошибок» - искать, с чего начинать и что делать дальше. Избирательность восприятия и внимания детей с аутизмом влияет на то, как они осваивают те или иные навыки. Важна гибкость педагога, который может по ходу перестраивать занятие с учетом пристрастий и настроения конкретного ребенка. Разговор с ребенком необходимо начинать в его темпе, используя его жесты, эмоциональные вскрики.

Педагогу необходимо быть чутким к ребенку, и тогда он сам подскажет оптимальную форму взаимодействия. На начальных этапах обучения важно использовать интересы ребенка для удержания его внимания, подкреплять желаемое поведение ребенка, подбирать доступные задания, создавая ситуацию успеха. Сложность необходимо увеличивать постепенно, когда у ребенка появляется установка на выполнение задания.

Проведение коррекционных занятий затрудняется низким уровнем произвольной психической активности, характерным для детей с тяжелой степенью аффективной патологии. Для усиления психической активности в ситуацию индивидуальных игровых занятий целесообразно вводить дополнительные психокоррекционные приемы в виде музыки, ритмики, пения, шепотной речи и пр.

У многих детей с РАС имеется устойчивый интерес к какому-либо одному предмету, с которым ребенок выполняет одни и те же действия бесчисленное количество раз и не расстается даже в процессе занятий. У каждого ребенка существует свой набор любимых стереотипных игр. Он может играть в них несколько часов, месяцев или лет, совершая действия, понятные только ему. Важно понять, что стереотипные игры в коррекционной работе будут являться основой всего взаимодействия в дальнейшем, причем это будет единственным способом в своем роде.

Чтобы ребенок захотел с вами взаимодействовать, нужно дать ему почувствовать безопасность и уверенность, для этого необходимо подстроиться под его игру и этим показать, что педагог является партнером. При этом важно через эту игру подвести ребенка к выполнению запланированного задания. Со временем можно добавлять новые сюжеты в старую стереотипную игру при условии, что малыш уже принял взрослого и допускает его в свою особенную деятельность. Важна совместная деятельность: например, педагог начинает рисовать что-то, а ребенок заканчивает, или наоборот (аналогично в аппликации, лепке, конструировании).

Если произошла негативная эмоциональная вспышка, необходимо вовлечь ребенка в любимую стереотипную игру. Понимание того, что он может в любой момент вернуться в свою стереотипную игру и почувствовать себя комфортно, важно для установления доверия ребенка к педагогу во время коррекционных занятий.

Положительную динамику в работе с особыми детьми дает куклотерапия. На занятиях с аутичными детьми лучше использовать не обычные куклы, а специальные мягкие куклы - рукавички. Такие куклы помогают детям приобретать важные социальные навыки: здороваться и прощаться, оказывать помощь и поддержку. Общение с такой куклой расширяет возможности ребенка во взаимодействии с окружающим миром, что особенно важно для аутичных детей.

Взрослый с помощью куклы решает множество задач:

- учит детей, прежде всего, выражать заинтересованность в общении;
- шутит от имени персонажа, способствуя созданию атмосферы доброжелательности;
- активизирует безынициативных детей;
- постоянно создает ситуацию успеха, повышая тем самым уверенность у детей;
- делает более раскованными стеснительных, зажатых, необщительных детей;
- помогает детям оценивать правильность или неправильность поведения персонажа.

Адекватность помощи заключается в доступности инструкций и соответствии их возможностям ребенка. При этом необходимо соблюдение определенных параметров, влияющих на ребенка: темп, ритм, громкость, эмоциональная насыщенность. Например, заканчивать действия следует спокойным тоном. Важно больше обнимать и хвалить ребенка. В ходе занятий необходимо соблюдение принципа стимуляции и поддержки развития сохранных сторон психики, преобладающих интересов и эмоциональных пристрастий.

В ходе коррекционной работы у ребенка должна сформироваться установка на выполнение заданий, а все его поведение должно стать более организованным (выработка усидчивости, удержание внимания, привыкание к ситуации обучения). Очень важно соблюдать принцип постепенности, дозирования подачи нового материала, так как дети с РАС негативно воспринимают все незнакомое. На первых занятиях лучше сосредоточиться на одном, наиболее доступном для ребенка навыке, схема выполнения которого довольно проста. Инструкции и задания на занятии формулируются четко и кратко, а новые небольшие элементы вариативности вносятся постепенно.

Важно использовать один и тот же материал в разных заданиях и, наоборот, разный игровой материал применять в целях решения одной задачи (например, задача сравнения цвета сегодня решается с помощью карандашей или кубиков, а завтра – с использованием магнитов, крупных разноцветных скрепок или прищепок и т.п.), что способствует освоению различных действий (построить башню или гараж из кубиков,

прикрепить к доске рисунки при помощи магнитов, сложить в стопку и скрепить несколько карточек при помощи скрепки и пр.).

При этом важно подкреплять желаемое поведение ребенка с помощью значимых стимулов и похвалы, со временем постепенно снижая и отменяя использование невербального подкрепления.

2.4. Методы психолого-педагогической коррекции

Логопедическая коррекция нарушений развития детей с РАС

Нарушение речи одно из базовых нарушений при аутизме. Речь может быть не развита или утрачена в разной степени. Учитывая данные особенности, коррекционная работа должна быть направлена на восстановление речи. В данном случае используются адаптированные к РАС методические приемы [14, 13].

Для качественной эффективной логопедической работы необходимо использование как традиционных, так и нетрадиционных методик.

Традиционные методы и приемы:

- словесные («коммуникативная атака» - завоевание инициативы в общении и целостный коммуникативный перевес, что впоследствии обеспечивает управление общением с ребенком, с классом, это может быть - выбор эмоционально привлекательного момента - ароматерапии, музыки, стихотворения, того что способно привлечь внимание), показ образца, пояснение, беседа, рассказ, чтение, педагогическая оценка);
- практические (конструирование, моделирование, артпедагогические и кинезиологические упражнения (развитие через движение), задания творческого характера, игры);
- логопедический массаж (используется с целью стимуляции кинестетических ощущений, для нормализации мышечного тонуса. В результате изменяется состояние мышц, нервов, кровеносных сосудов, тканей речевого аппарата);
- наглядные.

Нетрадиционные методы и приемы:

- вербально-поведенческий подход (подкрепление, выбор, моделирование повелительного операнта, побочное и дискретное обучение (разбивание сложного действия на шаги);
- альтернативная коммуникация (жесты, карточки PECS (когда карточка заменяет слово), визуальное расписание, звуковые игры (озвученные буквы, живой календарь), интерактивный глобус, таблицы, устройства, эмоциональное комментирование);
- информационно-коммуникативные технологии;
- методы нейро-лингвистического программирования (наглядное моделирование, визуализация, присоединение и ведение и др.);
- артпедагогические (использование изобразительных средств для развития речи (лепка букв, рисование, воздушные фломастеры);
- кинезиологические упражнения (использование движений для развития речи);

- работа с песком. Это направление помогает:
- сформировать, развить и совершенствовать мелкую моторику, зрительную и двигательную координацию;
- снять напряжение с мышц пальцев рук, развить тактильное восприятие и фонематический слух;
- совершенствовать грамматический строй речи;
- расширять и обогащать словарь ребенка;
- развить связную речь;
- знакомить ребенка с окружающим миром, в том числе со свойствами песка и воды.
- глобальное чтение. Позволяет развивать импрессивную речь и мышление ребенка до овладения произношением, развивает зрительное внимание и память. Ребенок учится узнавать написанные слова целиком, не вычлняя отдельных букв. Слова должны обозначать известные предметы, действия, явления. Вводить данный тип чтения можно не раньше, чем ученик сможет соотносить предмет и его изображение, подбирать парные предметы или картинки [14].

Основными направлениями психолого-педагогической работы для всех групп детей с РАС является:

- развитие регулятивной функции: формировать умение осуществлять действия по образцу и заданному правилу, сохранять заданную цель, умение видеть указанную ошибку и исправлять ее по указанию логопеда, умение адекватно понимать оценку;

- развитие коммуникативной функции.

Основные задачи реализации содержания коррекционной работы:

- развитие речи как средства общения в контексте познания окружающего мира и личного опыта ребенка;
- развитие способности использовать доступные вербальные и невербальные средства коммуникации;
- развитие способности понимать обращенную речь и смысл доступных невербальных графических знаков (рисунков, фотографий, пиктограмм и других графических изображений), неспецифических жестов;
- использование альтернативных средств коммуникации;
- формирование навыка использования речи в зависимости от социального контекста, умения участвовать в диалоге;
- коррекция письменной речи: чтения (глобальное и аналитическое) и письма в доступных для ребенка пределах.

Результаты логопедической работы должны отражать:

- 1) умение использовать доступные невербальные (жесты, рисунки, пиктограммы, предметные и символические календари, вокализации, голосовые реакции и другие) и вербальные средства общения в практике взаимодействия со взрослыми и детьми для решения практических задач;

- 2) умение вступать в контакт, поддерживать и завершать его, используя невербальные и вербальные средства, соблюдая общепринятые правила коммуникации;
- 3) понимание и использование слов и простых фраз, обозначающих объекты и явления окружающего мира;
- 4) умение использовать знакомый речевой материал в процессе коммуникации в бытовых и практических ситуациях;
- 5) умение дополнять отсутствие речевых средств невербальными средствами;
- 6) сформированность позитивного отношения к речевому общению (на уровне индивидуальных возможностей обучающегося).

Содержанием индивидуальной коррекционной работы является:

с детьми 1-2 гр.

- создание мотивации к общению, растормаживание речи, вызывание звукоподражаний;
- активизация подражательной речевой деятельности (подражание речевым и неречевым звукам, слогам, словам);
- развитие слухового и фонематического восприятия (работа над дифференциацией неречевых и речевых звуков, определением места звука в начале и в конце слова);
- формирование артикуляционного праксиса;
- выполнение артикуляционных упражнений по подражанию;
- вызывание, уточнение произношения гласных звуков первого ряда и отдельных согласных звуков, закрепление их в слогах, словах и звукоподражаниях;
- развитие самостоятельной фразовой речи.

С детьми 2-3гр.

- установление положительного контакта на занятиях;
- различение звуков речи и окружающего мира;
- умение выполнять артикуляционные упражнения по подражанию;
- употребление вызванных звуков и простых слов в ситуации общения;
- активизация речевой деятельности, развитие лексико-грамматических средств языка;
- работа над дифференциацией речевых звуков, определение места звука в начале, конце слова, формирование артикуляционного праксиса;
- уточнение произношения гласных, согласных звуков, закрепление их в слогах и словах;
- работа над слоговой структурой;
- нормативное произношение звуков, слов в ситуации общения;
- развитие самостоятельной фразовой речи.

С детьми 4 гр.

- умение дифференцировать звуки близкие по звучанию, определять места звука в начале и в конце слова;

- практическое владение первоначальными навыками словообразования, употребления в речи грамматических категорий, расширение словаря, понимание обобщающего значения слов
- работа над выразительностью речи, интонацией
- совершенствование произносительной стороны речи, работа над слоговой структурой слов;
- развитие самостоятельной развернутой фразовой речи;
- практическое овладение навыками словообразования;
- употребление в речи грамматических категорий, расширение словаря, понимание обобщающего значения слов, подбор антонимов, синонимов;
- дифференциация звуков близких по звучанию;
- работа над правильным интонированием фразы;
- составление простых предложений по предложенной модели;
- конструирование предложений, текстов по картинкам, опорным словам, с опорой на план;
- правильное интонирование фразы.

Нейропсихологическая коррекция

Исследования аутизма показывают, что у детей с РАС часто выявляются структурные изменения лобных отделов коры головного мозга, гиппокампа, срединной височной доли и мозжечка. Основной функцией мозжечка является обеспечение успешной двигательной активности, однако, этот отдел мозга также оказывает влияние на речь, внимание, мышление, эмоции и способности к обучению. У многих аутистов некоторые отделы мозжечка уменьшены. Предполагается, что этим обстоятельством могут быть обусловлены проблемы детей с аутизмом при переключении внимания. (В. Е. Каган) [1].

Примерно у 50% аутистов на ЭЭГ выявляются изменения, характерные для нарушений памяти, избирательного и направленного внимания, вербального мышления и целенаправленного использования речи. Степень распространенности и выраженности изменений различается, при этом у детей с высокофункциональным аутизмом нарушения на ЭЭГ, как правило, менее выраженные по сравнению с детьми, страдающими низкофункциональными формами заболевания.

Преодоление аутизма – длительная и кропотливая работа. Необходима комплексная коррекция аутизма с точки зрения системного подхода: это не просто изменение плохого поведения, не просто «заставить его говорить», а помощь в понимании ребенка родителями, организации развивающего пространства вокруг ребенка, помощь в коррекции нейропсихологических параметров, которые и определяют «странности» сенсорной системы, восприятия мира, эмоционально-волевых проблем.

Дети обладают разными исходными способностями в обработке сенсорной и двигательной информации. У многих детей с аутизмом имеются серьезные проблемы с планированием сложных действий и их последовательным выполнением, и эти

проблемы лежат в основе многих проявлений стереотипности в их поведении. Наиболее действенные результаты достигаются при использовании метода нейропсихологической коррекции [4].

Метод нейропсихологической сенсомоторной коррекции, разработан на кафедре детской психиатрии и психотерапии медицинской психологии Российской медицинской академии последипломного образования (РМАПО) профессором Ю.С. Шевченко и канд. психол. наук В.А. Корнеевой.

Цель метода непрерывная немедикаментозная активация подкорковых и стволовых структур головного мозга, стабилизация межполушарного взаимодействия, формирование оптимального функционального статуса передних структур головного мозга. Метод нейропсихологической сенсомоторной коррекции доступен детям с 5 летнего возраста.

Метод состоит из серии дыхательных и двигательных, постепенно усложняющихся упражнений, приводящих к активации подкорковых структур головного мозга, способствующих регуляции тонуса, снятию локальных мышечных зажимов, развитию равновесия, развязке синкинезий, развитию восприятия целостности тела и стабилизации стато-кинетического баланса. При этом восстанавливается операциональное обеспечение сенсомоторного взаимодействия с внешним миром, стабилизируются процессы произвольной регуляции и смыслообразующей функции психомоторных процессов, ориентированных на формирование оптимального функционального статуса передних долей головного мозга, на развитие процессов мышления, внимания и памяти, синестезии и саморегуляции.

Нейропсихологическая сенсомоторная коррекция – один из эффективных методов помощи детям, помогающий преодолеть: снижение общей работоспособности, повышенную утомляемость, рассеянность; нарушение мыслительной деятельности; снижение функции внимания и памяти; несформированность пространственных представлений; недостаточность саморегуляции и контроля в процессе учебной деятельности.

Восстановление баланса между сенсорной и моторной сферой, а также развитие обеих сфер является основным результатом нейропсихологической сенсомоторной коррекции. Только после восстановления базовых функций возможно дальнейшее развитие более сложных (речи, мышления).

Таким образом, процесс нейропсихологической сенсомоторной коррекции направлен на возможно более полную адаптацию аутичного ребенка к жизни в обществе, на интеграцию из специальных в другие типы образовательных учреждений.

Психомоторная коррекция

В основе данной коррекционной работы лежит теория движений Н. А. Бернштейна и в первую очередь направлена на развитие психомоторной сферы ребенка с аутизмом. Применение ее элементов обеспечивает коррекцию всех без исключения проблемных сфер ребенка. Моторная сфера ребенка с аутизмом

характеризуется трудностями в формировании бытовых навыков, нарушением мелкой и крупной моторики. Движения детей характеризуются стереотипностью, характерным бегом, похлопыванием или почесыванием. Они также могут быть либо очень импульсивными или наоборот вялыми [10].

Таким детям даются с трудом упражнения с мячом или любым другим спортивным инвентарем. Психомоторная коррекция в составе комплексной реабилитации ребенка с аутизмом, является необходимым средством коррекции двигательных нарушений, стимуляции физического и моторного развития. Основными целями обучения ребенка с аутизмом являются:

- развитие навыков имитации (подражания);
- следовать инструкциям педагога;
- формирование навыков произвольной организации движений (в пространстве собственного тела и во внешнем пространстве);
- формирование коммуникативных функций и способности социального взаимодействия.

ТЕАССН терапия

В рамках поведенческого подхода в некоторых штатах США и ряде европейских стран как государственная программа используется ТЕАССН терапия. Основная идея программы - обеспечить формирование как можно большего количества стереотипных форм взаимодействия с окружающим миром. Главный методический прием – механистическое научение.

ТИЧ (ТЕАССН) – это программа, позволяющая обучать детей с аутизмом, разработанная впервые в Университете Северной Каролины (США) в 1965 году, сейчас активно используется при обучении детей с особыми потребностями в школах и индивидуальной работе.

В основе программы лежит идея структурированного обучения, когда классная комната поделена на зоны, в каждой из которых ребенок учится отдельным навыкам и умениям. К таким навыкам относят:

- академические знания (математика, письмо, чтение),
- умение ориентироваться в быту (одеваться самостоятельно, заправлять постель, готовить еду),
- социальные навыки и ориентация в городе,
- коммуникация, умение поддерживать диалог.

Для того чтобы все эти знания ребенок усваивал быстро и качественно, психолог использует метод визуальных подсказок или индивидуальных расписаний.

Цели обучения:

1. Максимально развить независимость ребенка.

Акцент делается на возможностях ребенка справиться с заданием максимально самостоятельно. Для этого в самом задании заложены подсказки для ребенка.

2. Помочь ребенку эффективно взаимодействовать с другими (общаться, играть).

Психолог уделяет много внимания развитию навыков коммуникации. Это может быть вербальная или невербальная (жестовая, знаковая, карточная) коммуникация. Основная задача – научить ребенка общаться социально приемлемым и понятным для других образом. Для отработки навыков коммуникации дети работают не только один на один с учителем, но и включаются во взаимодействие с другими детьми во время групповых заданий.

3. Увеличивать и развивать интеллектуальные навыки, школьные умения и индивидуальные способности

В программу ребенка включены задания на развитие основных академических навыков в чтении, письме, математике, ориентации в окружающей среде, времени и т.д.

4. Стимулировать генерализацию навыков так, чтобы все новые знания ребенок мог максимально часто и эффективно использовать дома, в саду, школе.

Очень важно, чтоб приобретенный навык ребенок мог применить вне кабинета психолога, в других условиях и с другими людьми. Родители должны активно включаться в процесс обучения и придерживаться одной стратегии с психологом. Для того чтобы навык сформировался, необходимо, чтобы родители отрабатывали, в естественной среде, дома, все то, что сформировано в кабинете.

5. Развивать чувство себя, понимание себя.

В программу ТЕАССН включены задания на развитие эмоциональной сферы, которые помогают ребенку лучше понимать себя, что он чувствует, как реагирует на те или иные ситуации. Кроме того, важная часть работы – это развитие понимания того, что мои чувства, желания, потребности могут не совпадать с чувствами других людей.

Особая роль, как и в других подходах, отводится родителям. Роль родителей в структурированном обучении так же важна, как роль психолога. Успех ребенка в большей степени зависит от того, как он сможет реализовать дома все то, чему он научился в кабинете. Поэтому очень важно, чтоб построенная программа, структура обучения была так же использована дома, как и в кабинете психолога. В привычной среде, в присутствии самых близких людей ребенку легче развивать тот или иной навык. И если родители готовы прилагать усилия и сотрудничать с психологом, то именно они первыми видят успехи ребенка.

В ТЕАССН-программе в значительно большей степени, чем в других программах реализуется принцип преемственности: воспитанников «ведут» от дошкольного возраста к зрелости и старости через все промежуточные этапы, хотя в какой-то мере это отражает малую вероятность достижения достаточного уровня адаптации к окружающему миру.

Эмоционально-уровневый подход

Эмоционально-уровневый подход разработан в 1980-х годах усилиями группы сотрудников НИИ дефектологии АПН СССР. Авторы (В.В. Лебединский, К.С. Лебединская, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг), которые признают

всепроницающий первазивный характер расстройств при аутизме, но наиболее существенными считают нарушения эмоциональной сферы. Нарушения эмоциональной сферы влекут за собой нарушения в других сферах (поведение, коммуникация, познание и т.д.). Теоретической основой метода стала концепция об уровне строения системы эмоциональной регуляции В.В. Лебединского [11].

Данный подход предполагает установление эмоционального контакта с ребенком; уменьшение тревоги и страхов, агрессии, негативизма, стереотипий; развитие коммуникации и социального взаимодействия; увеличение произвольной активности ребёнка. Круг конкретных средств четко не обозначен, но на первом плане – игротерапия, психодрама, изотерапия, музыкотерапия, которые используют, прежде всего, наиболее развитые возможности ребёнка. Предполагается, что создание мотивации к привлекательным видам деятельности повлечет за собой развитие и всех других сторон психики. Структурирование среды считается не более чем вспомогательным средством. Эмоционально-уровневый подход широко используется в России и в странах постсоветского пространства. С.А. Морозов считает, что на практике он относительно эффективен при легких формах аутизма и умственной отсталости, в случае более тяжелых нарушений результаты достигаются не скоро и значительно более скромные.

Метод сенсорной интеграции

Сенсорная интеграция – процесс, во время которого происходит получение информации нервной системой от рецепторов всех чувств [12].

Метод представляет собой упорядочивание ощущений, полученных из окружающего мира посредством игр, с использованием специального оборудования, воздействующего на аудиальную, визуальную, кинестетическую, вестибулярную сферы ребенка.

Сенсорная интеграция помогает дать мозгу нужные знания об окружающей обстановке. Игры, используемые в сенсорной терапии, дарят ребенку новые чувственные ощущения, происходит балансировка и развивается эффективная обработка сенсорных стимулов центральной нервной системой.

Плюсами метода являются:

- целостность подхода в терапии, так как задействуются все сенсорные системы;
- также в процессе сенсорной интеграции происходит налаживание эффективного контакта между родителями и ребенком;
- а еще ребенок становится более самостоятельным в действиях и манипуляциях с предметами;
- и данный метод подходит для детей с тяжелыми когнитивными и нейрофизиологическими отклонениями.

Специалист по сенсорной интеграции на первоначальном этапе ведет ребенка, отмечает все изменения, но в дальнейшем этот длительный процесс должен

поддерживаться родителями, поэтому родителям важно обучиться азам методики и продолжать заниматься с ребенком.

Минусы метода сенсорной интеграции:

- не рекомендуется для детей с небольшими интеллектуальными нарушениями;
- не всегда ребенок осваивает в процессе желаемый навык;
- ребенок, получив знания о взаимодействии с предметами, своим телом должен самостоятельно связать это все воедино, научиться делать выводы, что тоже не всегда получается.

Сенсорная стимуляция и интеграция при аутизме – это один из многочисленных методов, эффективность его еще недостаточно изучена при применении в лечении расстройств аутистического спектра. Сенсорная интеграция для аутистов должна проводиться лишь после того, как выявлены основные причины заболевания, или эффект будет сведен на нет. Задачей метода сенсорной интеграции является снижение гипервозбудимости и релаксация.

Прикладной анализ поведения. АВА-терапия

На сегодняшний день поведенческая терапия признана самым эффективным, обоснованным и надёжным методов в рамках бихевиорального направления, широко используемого для диагностики, обучения и терапии детей с нарушениями спектра.

Поведенческая терапия, или как еще ее называют прикладной поведенческий анализ (applied behavioral analysis - АВА), предполагает последовательную трансформацию поведения ребенка и его обучение во всех областях, формируя необходимые навыки шаг за шагом. Это пример так называемого «директивного подхода». В АВА терапии также используется и метод случайного обучения, называемый «естественным поведенческим подходом», когда для обучения используют натуральную среду, а стимулы и подкрепления связаны обычной обстановкой ребенка, его занятиями и интересами [16].

Метод АВА для работы с детьми с аутизмом впервые был использован доктором Иваром Ловаасом (Ivar Lovaas) и его коллегами из Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе в 1963 году. В основу была взята идея, что любое поведение влечет за собой некоторые последствия, и если ребенку последствия нравятся, он будет это поведение повторять, а если не нравятся, то не будет.

При этом подходе все сложные навыки, включая речь, творческую игру, умение смотреть в глаза и другие, разбиваются на мелкие блоки - действия. Каждое действие разучивается с ребенком отдельно, затем действия соединяются в цепь, образуя сложное действие. Взрослый не пытается давать инициативу ребенку, а достаточно жестко управляет его деятельностью. Правильные действия закрепляются до автоматизма, неправильные - строго пресекаются. Для достижения желаемого поведения используют подсказки и стимулы как положительные, так и отрицательные. Закрепленным навык считается только тогда, когда ребенок сможет

выполнять это действие без ошибок в 80 процентах ситуаций вне зависимости от того, в какой атмосфере и кем было дано задание.

Интересно, что в рамках обучающей программы по методике АВА ребенок всегда ведомый, его свобода и инициативность ограничены выбором обучающего взрослого. Ребенок может осваивать одновременно два-три не связанных между собой навыка, после освоения одного из навыков, начинает осваивать следующий, то есть педагог выстраивает четкую систему усложнения и поэтапного освоения все новых и новых навыков.

Конечная цель АВА – дать ребенку средства осваивать окружающий мир самостоятельно.

Вообще в арсенале АВА несколько сотен программ, среди них:

- невербальная и вербальная имитация,
- общая и мелкая моторика,
- понимание языка,
- называние предметов,
- называние действий,
- классификация предметов,
- «покажи, как ты...»,
- местоимения,
- ответы на вопросы «Что?», «Кто?», «Где?», «Когда?», «Как?»,
- употребление «да» и «нет», и других.

Среди программ более высокого уровня –

- «Скажи, что будет, если...» (предугадывает исход действия),
- «Расскажи историю»,
- «Делай как (имя сверстника)»,
- «Позови (имя сверстника) играть».

В АВА-терапии существуют несколько терапевтических моделей, рассчитанных для раннего детства (от 1,5-3,5 лет), дошкольного и школьного возраста, подростков и взрослых.

Особенно целесообразно и эффективно начинать эту работу в раннем возрасте, так как нежелательное поведение еще не успело закрепиться, и взрослому проще справиться с ребенком в случае направленной агрессии или самоагрессии. Поэтому программа раннего вмешательства должна быть интенсивной - от 30 до 40 часов в неделю, чтобы ребенок смог усвоить необходимые навыки поведения и преодолеть отставание в развитии.

Для того чтобы начать работу по коррекции, специалист по АВА первоначально определяет поведенческую проблему ребенка, затем проводит «измерения» (изучает и наблюдает поведение), в результате которых производится оценка и вырабатывается стратегия обучения («вмешательство»).

Во время обучения по системе АВА с ребенком ежедневно занимается несколько специалистов разной направленности (дефектолог по поведенческим

навыкам, музотерапевт, арттерапевт), а контроль осуществляет супервизор – специалист по методике. Специалисты последовательно занимаются с ребенком на протяжении двух-трех часов (делая за это время пять-шесть программ), Все действия по программам записываются в общий журнал работы с ребенком, координируя действия специалистов.

АВА может выполняться на дому, в учебном заведении, в детском кружке. Занятия могут быть индивидуальными и групповыми - в маленьких группах (два-три человека) и больших (пять-десять человек).

Количество часов в учебной программе может варьироваться в зависимости от потребностей и возможностей. Среднее количество часов в программе АВА - 20 часов в неделю. Минимальное количество часов в АВА-программе - шесть часов в неделю, максимальное - 40.

Важно, чтобы родители ребенка были неотъемлемой частью команды, работающей с ребенком, воспитывали ребенка на основе поведенческих принципов обучения и помогали ему обобщить все навыки, которые он выучил в программе.

Для детей дошкольного возраста, вне зависимости от уровня развития навыков, рекомендуется обучение в системе специального образования. Обучение на дому может быть ограниченной средой, в которой ребенок не сможет выучить такие важные навыки, как нахождение в группе сверстников, обучение в группе, общение с различными людьми.

Частично обучение может остаться индивидуальным, в особенности для детей с низким уровнем речевых навыков или для детей, которые ранее не обучались и не научились взаимодействовать со взрослыми.

При всей строгости обучающей программы методика АВА подходит для тяжелых форм аутизма, синдрома Дауна и тяжелых форм интеллектуальной недостаточности.

Выбор именно этой методики оправдан, если поведение ребенка не поддается контролю со стороны близких, если он не реагирует на просьбы и запреты, не откликается на имя, не стремится к коммуникации, не имеет речи или речь развита настолько слабо, что ребенок может с трудом (или не может) выразить свои мысли и желания.

Конечная цель любой программы АВА-терапии заключается в том, чтобы ребенок смог адаптироваться в окружающем мире самостоятельно.

Основную роль в АВА-терапии играет мотивация детей и система поощрений их успехов в обучении, которая бывает достаточно разнообразной: от натуральных вознаграждений до социального одобрения. Желаемое поведение ребенка вознаграждается подходящим только для него способом, что является побуждением повторять данное поведение многократно. Из этого следует, что в АВА-терапии к каждому ребенку применяется строго индивидуальный подход.

На практике большинство АВА-программ представляют собой разнообразные сочетания естественного подхода и директивных техник. Например, некоторые специалисты используют «поведенческий шейпинг» – процедуру, применяемую в

АВА для постепенного формирования навыка, когда подкрепляются малейшие приближения к желаемому ответу. И если сначала награждается любое поведение, лишь отдаленно напоминающее желаемое, то со временем награда предоставляется уже в ответ на максимально приближенное к конечной цели поведение ребенка.

Система коммуникации обменом изображениями (PECS)

Главной проблемой детей с особенными потребностями является то, что они не могут говорить и выразить свои потребности. Если родители еще как-то могут понять, чего хочет их ребенок, то при общении с незнакомыми людьми у детей с расстройством аутистического спектра возникают трудности – зачастую их не понимают, вследствие чего ребенок начинает нервничать, проявлять агрессию и т.д. Возникает вопрос: как же общаться с невербальным ребенком? [16].

Таким детям нужны специальные дидактические материалы, без лишних деталей – карточки и визуальные расписания, при помощи которых ребенок сможет общаться с другими людьми.

PECS (The Picture Exchange Communication System) – система общения при помощи обмена карточками, разработанная Лори Фрост и Энди Бонди в 1985 году для преодоления трудностей при использовании различных программ обучения навыкам общения детей-аутистов и детей с другими социально-коммуникативными отклонениями, для которых характерно отсутствие целенаправленной или социально приемлемой речи.

PECS – система альтернативной коммуникации с помощью обмена карточек, которая изначально была создана для детей с РАС. Но как оказалось, эта система подходит абсолютно всем детям, у которых трудности с речью и общением.

Цель системы PECS – целенаправленное, самостоятельное инициируемое общение.

Материалы PECS помогают достичь успеха в развитии невербальных детей (аутизм, тугоухость, ЗПР, ДЦП и т.д.), а зачастую, становятся необходимым средством общения в их взрослой жизни.

До начала работы с PECS необходимо:

- оценить навыки общения ребенка (контрольный список ВНО+ целесообразность применения PECS);
- определить, какие предметы ученик любит больше всего, или какие предметы являются подкрепляющими стимулами (оценка, иерархия поощрений) – 3-5 мощных подкреплений;
- организовать учебную среду (труднодоступность желаемых предметов);
- подготовить материал (карточки, альбомы).

Работа с карточками имеет несколько этапов. Время прохождения каждого из этапов зависит от конкретного ребенка и может занимать от одного ознакомительного занятия до нескольких тренировочных занятий.

С целью успешного овладения альтернативной коммуникативной системой обмена изображениями последовательно проводятся следующие шесть этапов обучения.

Стадия первичного обучения – осуществляется физический обмен картинкой на предмет. Необходимо два человека: тот, у кого просят, и тот, кто помогает ребенку сделать действие (подсказывает). На занятиях это достигается привлечением второго педагога, а дома занимаются два члена семьи. Заранее делается список стимулов, выбираются положительные и отрицательные стимулы. Лучше вкусовые или вещевые. Педагог привлекает внимание ребенка на любимый предмет и осуществляет его обмен на карточку (изображение этого предмета). Идеальный вариант – когда происходит приблизительно 80 обменов в течение дня. Постепенно карточек становится всё больше. Вначале добавляются имена существительные.

Вторая стадия обучения – обучение ребенка отдавать карточку, если человек не рядом (спонтанные действия). Необходимо сделать книгу с набором карточек и коммуникационное поле (книгу), на которое ребёнок будет выкладывать карточки, изученные ранее. Как только ребенок научился самостоятельно отдавать карточку, начинать работать на дистанции, которую в дальнейшем постепенно увеличивают. Ученику нужно дать четко понять, насколько важно добиться внимания коммуникативного партнера до обмена картинками. В крайнем случае, можно прибегнуть к помощи второго педагога.

Третья стадия обучения – выбор двух-трех различных картинок, обучение распознавать, что изображено на карточке. Результаты записываются: действительно ли ребенок хотел тот предмет, который он просил при помощи карточки. Ошибка на этой стадии – это ошибка распознавания. Обычно на этой стадии начинают вводить глаголы и составлять короткие фразы из 2 слов (вводится предикативный словарь). Важная составная часть – научить ребенка находить нужную карточку в книге. Также существуют специальные приспособления для работы на улице, в гостях, для облегчения коммуникации при передвижении по дому.

Четвертая стадия обучения – обучение составлять предложения из карточек. Используются полоска в книге для составления предложения «Я хочу (предмет)» или «дай мне (предмет)», также используется техника «обратной цепочки». Ребенка учат просить конкретные специфические предметы (Я хочу красное яблоко). В конце этапа в коммуникативной книге ученика содержится, как правило, 25-50 небольших карточек, чтобы общаться с различными коммуникативными партнерами.

Пятая стадия обучения – обучение отвечать на простые вопросы при помощи карточек.

1. Обучение ответу на вопросы «Что ты хочешь?», «Что ты видишь?»;
2. Взрослый задает вопрос перед тем, как ребенок начинает составлять предложение.

На этой стадии сфера изучения очень богата: классификация, похожее/разное, сезоны, обобщающие понятия, время суток и дела в это время, посещение разных

мест и правила поведения там, обучение буквенному составу слова, развитие понимания эмоций и т.п.

Шестая стадия обучения – обучение делать комментарии при помощи карточек. Ученик должен адекватно отвечать на заданные в случайном порядке вопросы: «Что бы ты хотел?», «Что ты видишь?», «Что там у тебя?». Внимание обращается не столько на требование вещи / деятельности, сколько на назывании данного явления. В самом начале педагог действует так же, как и на предыдущих этапах: задает вопрос «Что ты видишь?», одновременно показывая на карточку «Я вижу». Постепенно визуальная опора исчезает.

Чтобы дойти до последних этапов, нужно очень много тренироваться. Зачастую спонтанные комментарии трудно даются младшим ученикам, имеющим небольшой опыт общения с помощью системы PECS. Работа с такими детьми должна вестись годами, все это время разные специалисты выполняют каждый свою часть работы, согласовывая общее направление с остальными.

Несомненно, использование карточек для коммуникации не является широко распространенным методом общения учащихся с нарушением развития. Но с другой стороны и коммуникация, и общение не являются самой сильной стороной детей с аутистическими нарушениями. Использование PECS не только не тормозит развитие разговорной речи, а наоборот, ускоряет его благодаря парированию словесного и визуального стимула в процессе обмена.

На практике введение системы PECS бывает сопряжено с трудностями, которые не позволяют ребенку последовательно продвигаться в приобретении данного навыка. Причиной этому служит не затруднения самого ребенка, а неправильные действия родителей и педагогов. Ошибки бывают следующие:

1. Страх. При малейшей неуспешности в приобретении навыка обмена карточками родители отказываются от данной системы и возвращаются к занятиям по имитации звуков, озвучиванию всех происходящих событий. Опасения возникают на основе уверенности в том, что само по себе развитие навыка звукопроизношения приведет к общению.

2. Закрепление «не коммуникативных» действий. На практике встречаются помощники, которые не дожидаются инициативы ребенка, а тянутся вместе с его рукой к карточке (без его внутренней мотивации). Отсюда, ребенок не будет ими пользоваться, когда он хочет что-нибудь получить, а будет зависеть от подсказки взрослых.

3. Слишком быстрый переход к этапу различения карточек. Пренебрежение вторым этапом обучения и слишком быстрый переход на последующие этапы часто затрудняет обобщение данного навыка и приводит к ограниченному использованию карточек.

4. Ограниченная среда обучения (лишь занятиями, либо квартирой). Однако важно позаботиться о том, чтобы коммуникативная книга сопровождала ребенка везде, давая ему возможность проявить инициативу и обратиться с просьбой в любой момент.

5. Сосредоточение на еде или пищевых поощрениях. Ограниченный набор карточек для просьб мотивационных стимулов часто не позволяет навыкам коммуникации последовательно развиваться. В данном случае общение становится принужденным и бессмысленным.

6. Закрепление неправильной цепочки поведения. Ребенок должен привыкнуть сам приносить карточки для желаемого предмета, а не направлять руку взрослого для удовлетворения желания.

7. Зависимость от подсказок. Инициатива ребенка не должна гаситься словесными инструкциями и подсказками взрослого.

8. Требование речевых реакций в процессе использования карточек. Как только у ребенка разовьются навыки имитации речи и он сможет бегло повторять звуки, слоги и слова в отдельном упражнении на имитацию, он сам, абсолютно спонтанно и без нажима, начнет произносить слова одновременно с подачей карточек. Но не нужно сразу ожидать от него таких результатов.

9. Ограничение доступа к карточкам или отказ от карточек. Чтобы ограничить использование предмета, нельзя убирать карточку – просто нужно научиться говорить ребенку «Нет» на его назойливые просьбы.

10. Обучение не по протоколу. Последовательное обучение по протоколу позволит избежать вышеперечисленные ошибки и будет способствовать быстрому и более качественному обучению столь необходимым для аутичного ребенка коммуникативным навыкам.

Основные преимущества использования системы PECS:

1. PECS – это программа, которая позволяет быстро приобрести базисные функциональные навыки коммуникации.

2. С помощью PECS можно быстрее обучить ребенка проявлять инициативу и спонтанно произносить слова, чем с помощью обучения наименований предметов, вокальной имитации или усиления взгляда.

3. С помощью PECS общение для ребенка с окружающими людьми становится более доступным.

Таким образом, аутизм рассматривают как вариант тяжелого нарушенного развития, отклоняющегося от нормативного, который проявляется в разных формах при различных уровнях интеллектуального и речевого развития. Коррекцию речевых расстройств у детей с подобным ходом развития следует начинать как можно раньше, т.к. требуется очень длительный период систематической работы целой команды специалистов. Даже в условиях комплексной, целенаправленной работы сформировать развитую коммуникативную речь у неговорящего ребенка очень трудно.

Процесс освоения «аутичным» ребенком необходимых навыков межличностных отношений является длительным и постепенным и требует большого терпения от взрослых.

Floortime/DIR

Подход The Floortime основывается на развитии индивидуальных различий в отношениях на основе модели DIR. Концепцию DIR часто именуют Floortime, но на самом деле методика Floortime – это один из компонентов комплексной программы помощи, основанной на концепции DIR. Цель методики Floortime – формирование эмоционально значимого взаимодействия в учебных ситуациях, способствующего развитию шести базовых уровней развития [7].

В рамках программы выделяют шесть стадий развития ребенка: стадия интереса к миру, стадия привязанности, стадия двухсторонней коммуникации, стадия осознания себя и решения социальных проблем, стадия символической игры, стадия осознания эмоциональных идей и эмоционального мышления. Аутисты обычно не проходят все стадии, а останавливаются на одной из них. Задача «игрового времени» – помочь ребенку пройти через все стадии. Коррекция игрового взаимодействия занимает особое место в комплексной помощи, поскольку из-за того, что игра является ведущей деятельностью ребенка дошкольного возраста, нарушение формирования и развития игровых навыков приводит к дальнейшему искажению психического развития ребенка. Программа может использоваться для коррекционной работы с детьми 2-15 лет с разным уровнем психического развития. Из этой общей программы педагог (или родители) выбирает игры для каждого занятия в зависимости от задач, которые он перед собой ставит, а также в зависимости от возраста, возможностей, интересов детей и наличия на занятии помощников. Игровая коррекция может способствовать решению следующих задач:

- учебных (получение и развитие навыков: моторных, речевых, коммуникативных, социальных, академических);
- коррекционных (развитие внимания, памяти и т. д., развитие пространственных представлений);
- терапевтических (преодоление тревожности, агрессии, страхов и т. д.).

Во время Floortime должна быть спокойная обстановка. Это может происходить дома или в специальной обстановке. Продолжительность одного сеанса игры колеблется от 2 до 5 часов в день. Он включает в себя обучение родителей и воспитателей и непосредственное взаимодействие с ребенком. Принципы Floortime рекомендуются применять в повседневной жизни.

Например, если ребенок стучит игрушечным грузовиком, то родитель может так же поступить с игрушечным автомобилем. Для стимулирования взаимодействия родитель может поставить свою машину перед грузовиком ребенка или добавить речь к игре.

При изменении уровня развития ребенка рекомендуется адаптировать метод его развивающимся интересам и переход на более сложный уровень взаимодействия. Например, вместо игры с грузовиком родители могут привлекать модели самолетов или даже научные понятия, представляющие собой интерес для ребенка.

Продуктивная деятельность

Основные принципы, которые используются во время продуктивной деятельности, это творческий процесс благодаря постоянному обращению к личному опыту ребенка; во время любой деятельности акцент делается не на продукт (результат работы), а на сам процесс, в ходе которого решается целый ряд учебных, коррекционных, терапевтических задач [8].

Программа состоит из следующих частей:

- работа с краской и рисование,
- работа с бумагой,
- работа с пластилином, пластиком и глиной, керамика,

Учебные задачи, которые ставятся, это:

- приобретение и совершенствование навыков обучения: сидеть за столом, слушать инструкцию;
- приобретение и совершенствование многочисленных навыков, необходимых для рисования, лепки, работы с бумагой;
- приобретение навыков совместной деятельности;
- изучение цветов, форм, размеров, строения тела человека и животных.

Коррекционные задачи:

- развитие и коррекция сенсорной сферы: зрительной и тактильной чувствительности;
- развитие мелкой моторики;
- развитие и концентрация внимания;
- развитие воображения, памяти;
- увеличение коммуникативных возможностей;
- развитие зрительно-моторной координации и пространственных представлений;
- организация продуктивной деятельности;
- закрепление обучающего поведения.

Также зарубежными и российскими специалистами используется множество разнообразных программ как узконаправленных, так и комплексных. В качестве примера можно привести следующие программы: тренинг слухового восприятия, томатис-метод, метод Поргеса, мета-когнитивные или тренирующие "Theory of mind" (ТОМ), подходы «объединенного внимания» и связанные с ними программы коррекционного вмешательства, подход Джордана и Пауэлла, подход Хобсона и т.д.

Терапия ежедневной жизнью

Терапия ежедневной жизнью разработана в 1960-е годы в Японии. Метод состоит из трех элементов: установление ритма жизни и стабилизации эмоций через программу ежедневных физических упражнений, снятие «духа зависимости» от окружающей среды через групповые занятия; поддержка интеллектуального развития через постоянное повторение одинаковых действий. Кроме этого в программе применяются традиционные для японской педагогики приемы, декларируется тесная

связь между психической и духовной жизнью, предпочитают групповые формы обучения, делаются попытки развить групповой дух. Центральный момент программы - обучение через подражание [7].

Холдинг-терапия

Метод терапии принудительным удержанием был предложен американским психиатром М. Вэлш в первой половине 80-х годов XX века. Согласно данному подходу, аутизм представляет собой эмоциональное и мотивационное расстройство, связанное, прежде всего, с ранним травматическим опытом. Холдинг-терапия была предложена как метод восстановления базального доверия к миру. Внешне метод выглядит следующим образом: мать прижимает ребенка к себе, но таким образом, чтобы можно было смотреть ему в глаза [2].

Массаж

Сеансы массажа часто используются в качестве дополнения к основному курсу терапии. Ключевым моментом в применении массажа является постепенное привыкание пациента к процедурам. В отдельных случаях массаж начинался с коротких сеансов по несколько секунд, и требовалось более полугода для того, чтобы пациент давал согласие на регулярные длительные процедуры. В результате регулярных сеансов массажа у пациентов постепенно проявлялась повышенная допустимость прикосновений, даже в том случае, если изначально реакция была крайне негативной. За все время не было написано ни одного серьезного научного исследования, доказывающего, что эффект сравним с другими видами лечения этой болезни.

Гипноз

Гипноз как составляющая психотерапии наиболее эффективен для терапии позднего детского аутизма. При этом гипноз вполне совместим с методами интенсивной терапии и призван увеличить ее эффективность. Несомненным плюсом является возможность более тесного контакта с контролируемым, находящимся в трансе ребенком, чем при традиционных методах общения, когда пациент постоянно отводит взгляд, не отвечает на вопросы и полностью или частично игнорирует окружающих. Но эффективность применения гипноза для терапии врожденного аутизма подлежит дальнейшему изучению.

Музыкальная терапия

Терапия широко используется с середины XX в. Эффективность музыкальной терапии была доказана во многих исследованиях. Основной целью терапии является умение наладить и усовершенствовать двухстороннюю коммуникацию ребенка. Педагог стремится создать ситуацию, комфортную и безопасную для ребенка, и пытается в такие моменты получить положительные и осознанные его реакции. Такая работа нацелена на выстраивание гибких и разнообразных взаимоотношений между педагогом и ребенком, между ребенком и звуками, между звуками музыкальных

инструментов и голосом ребенка. Через музыкальный опыт углубляются и начинают активно использоваться для взаимодействия с окружающим миром слуховое, зрительное и тактильное восприятие, а также двигательный контроль и произвольность, способность усваивать пространство. Это способствует не только активизации многих психических и когнитивных процессов, но эмоциональному развитию ребенка с аутизмом.

Эксперты отмечают такие положительные результаты:

- развитие коммуникативных навыков,
- мотивация к взаимодействию,
- развитие творческих навыков и потребности в самовыражении,
- улучшение памяти и концентрации.

Пет-терапия (лечение с помощью животных)

Терапия направлена на развитие коммуникативных навыков пациента. Доказано, что тесное взаимодействие с животными снижает частоту вспышек насилия у больных, а также избавляет от головных болей и бессонницы. Чаще всего пет-терапию проводят с собаками и лошадьми, однако встречаются случаи использования в лечении кошек и дельфинов. Практика лечения аутизма с помощью дельфинов не так распространена, но признана не менее эффективной. При общении с дельфином дети развивают концентрацию и коммуникативные способности.

Постоянная работа специалистов с аутичным ребенком и, желательно, его семьей является залогом успешного развития и положительной динамики у такого ребенка. При одинаковой тяжести ранних предпосылок судьба ребенка с аутизмом может сложиться совершенно по-разному. Если много лет подряд с ним будут заниматься специалисты различного профиля, если его родители будут осознавать, что, ничего не делая, невозможно надеяться на положительные изменения, и что «сам собой» он не станет другим, то это один вариант. Если же всего вышеперечисленного нет – совсем другой.

По словам В.Е. Кагана, помощь аутичному ребенку «растягивается на много лет, в течение которых эффекты дней, недель и месяцев могут казаться удручающе малыми или вовсе отсутствующими. Но каждый – пусть даже самый малый – шаг прогресса драгоценен: из этих, неуклюжих поначалу, шажков и шагов складывается общий путь улучшения и приспособления к жизни. Да, далеко не у каждого ребенка этот путь окажется так велик, как того хотелось бы. Но обретенное на этом пути ребенком останется с ним и будет помогать ему жить более самостоятельно и уверенно» [1].

Список литературы

1. Каган, В. Е. Аутизм у детей. – Москва : Медицина, 1981. – 190 с.
2. Лебединский, В. В., Никольская, О. С., Баенская, Е. Р., Либлинг, М. М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция [StuFiles (файловый

- архив студентов)] : - Москва, 1990. - <https://studfiles.net/preview/6163058/> (дата обращения: 20.09.2018).
3. Морозов, С. А. Основы диагностики и коррекции расстройств аутистического спектра. – Москва, 2014. – 447 с.
 4. Семенович, А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза. – М., 2007. – 474 с.
 5. Морозова, С. С. Аутизм: коррекционная работа при тяжелых и осложненных формах: пособие для учителя дефектолога / С. С. Морозова. – Москва : Гуманитар, изд. центр ВЛАДОС, 2007. – 176 с.
 6. Морозов, С. А. Детский аутизм и основы его коррекции / С. А. Морозов. – Самара : «Книга», 2008. – 103 с.
 7. Гринспен, С., Уидер, С. На ты с аутизмом. – Москва : Теревинф, 2013. – 245 с.
 8. Гурьянова, Т. В. Коррекция нарушений поведения у детей с расстройствами аутистического спектра [Текст] // Теория и практика образования в современном мире: материалы VII Междунар. науч. конф. (г. Санкт-Петербург, июль 2015 г.). – Санкт-Петербург : Свое издательство, 2015. – 131 с. URL <https://moluch.ru/conf/ped/archive/152/8457/> (дата обращения: 12.09.2018).
 9. Бородина, Л. Г., Письменная, Н. В. Медицинские аспекты сопровождения детей с расстройством аутистического спектра // Аутизм и нарушения развития. 2017. – Т. 15. – №3. – С. 3-8: doi: 10.17759/autdd.2017150301.
 10. Мамайчук, И. И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – Санкт-Петербург : Речь, 2003. – 220 с.
 11. Никольская, О. С., Баенская, Е. Р., Либлинг, М. М. Аутичный ребенок. Пути помощи. – Москва : Теревинф, 2014 г. – С. 150-205.
 12. Психолого-педагогическое сопровождение обучающихся с расстройством аутистического спектра. Методическое пособие / Под общ. ред. Хаустова А.В. – Москва : ФРЦ ВО МГППУ, 2016. – 125 с.
 13. Савина, Л. П. Пальчиковая гимнастика для развития речи дошкольников : Пособие для родителей и педагогов. – Москва : АСТ, 2005. – 44 с.
 14. Нуриева, Л. Г. Развитие речи у аутичных детей : метод. разработ. / Л. Г. Нуриева. – Изд. 2-е. – Москва : Теревинф, 2006. – 108 с. (Серия «Особый ребенок»).
 15. Александрова, Л. Ю., Ваторопина, С. В. Комплексное сопровождение семейного воспитания детей с расстройством аутистического спектра / Вестник Новгородского государственного университета». – №4(102). – 2017. – С.4-8.
 16. Эрц, Ю. М. 10 самых распространенных ошибок при обучении ребенка пользоваться карточками PECS / Ю. М. Эрц // Аутизм | АВА-терапия, прикладной анализ поведения АВА [<http://autism-aba.blogspot.com.by/2012/06/pecs-mistakes.html>]. (дата обращения: 17.09.2018).
 17. Борисова, Н. А., Букина, И. А., Бучилова, И. А. Специальная семейная педагогика / Под ред. В. И. Селиверстова, О. А. Денисовой, Л. М. Кобриной. Москва : Владос, 2009. – 423 с.

18. Мастюкова, Е. М. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: учебное пособие для студентов высших учебных заведений / Е. М. Мастюкова, А. Г. Московкина ; под. ред. В. И. Селиверстова. – М. : Владос, 2003.
19. Хаустов, А. В., Руднева, Е. В. Выявление уровня социализации у детей с расстройствами аутистического спектра // Психологическая наука и образование. – 2016. – Т. 21. – № 3. – С.16-25.

Составитель

Сагитова Гульнара Ильдусовна,

Технологии оказания комплексной психолого-педагогической
и медико-социальной помощи детям с расстройством аутистического
спектра и семьям, их воспитывающим

Методические рекомендации

Оригинал-макет изготовлен
Центром сопровождения проектной и инновационной деятельности
АУ «Институт развития образования»

Формат 60*84/16. Гарнитура Times New Roman.
Заказ № 584. Усл.п.л.2,94. Электронный ресурс.

АУ «Институт развития образования»

628011, Ханты-Мансийский автономный округ-Югра,
г. Ханты-Мансийск, ул. Мира, 13.