И. И. Мамайчук

ПОМОЩЬ ПСИХОЛОГА ДЕТЯМ С АУТИЗМОМ

Мамайчук И. И.
М22 Помощь психолога детям с аутизмом. — СПб.: Речь, 2007. — 288 с.
ISBN 5-9268-0633-X

Книга известного специалиста посвящена одной из самых острых проблем современной специальной психологии — детскому аутизму. Основанный на богатом опыте работы автора с аутичными детьми, представленный материал отвечает как диагностическим, так и коррекционным задачам в практике психолога. Эта книга поможет специалистам, работающим с детьми с аутизмом, а также позволит родителям, имеющим детей с отличительными особенностями, лучше понять их таинственный мир.

ББК88.4

© И. И. Мамайчук, 2007 © Издательство «Речь», 2007 ISBN 5-9268-0633-X

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....5
Загадочный мир особого ребенка.....7
ЧАСТЬ I. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА.....9
Глава 1. История изучения проблемы раннего детского аутизма 11
Глава 2. Причины, клиническая картина и классификация раннего детского аутизма.....18
Глава 3. Клинико-психологические особенности детей с аутизмом.....31
Список литературы.....37
ЧАСТЬ 2. ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПРИ РАННЕМ ДЕТСКОМ АУТИЗМЕ.....41
Глава 4. Особенности психического развития детей с аутизмом на первом году жизни.....43
Глава 5. Особенности психического развития детей с ранним детским аутизмом в преддошкольном возрасте.....64
Глава 6. Особенности развития перцептивных и мнемических функций у детей с аутизмом дошкольного возраста.....84
Глава 7. Особенности интеллектуального и речевого развития детей с аутизмом дошкольного возраста.....98
Список литературы.....108
ЧАСТЬ 3. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ.....111
Глава 8. Психологическое консультирование в системе психологической помощи детям с ранним детским аутизмом..... 113
Глава 9. Психологическое сопровождение детей и подростков с ранним детским аутизмом.....126
Глава 10. Психологическая поддержка родителей детей с аутизмом.....139
Глава 11. Теоретические и методологические проблемы психологической коррекции детей и подростков с проблемами в развитии.....149
Глава 12. Основные направления психологической коррекции детей с аутизмом.....159
Глава 13. Организация психокоррекционных занятий с детьми с ранним детским аутизмом.....168
Глава 14. Психологическая коррекция гностических и речевых процессов у детей с аутизмом.....179
Глава 15. Игровая психологическая коррекция при раннем детском аутизме.....199
Глава 16. Холдинг-терапия в системе психологической помощи детям с аутизмом.....218
Глава 17. Психологическая коррекция страхов у детей с аутизмом.....225
Глава 18. Этапы и специфика психологической коррекции детей с тяжелой степенью аффективной патологии.....248
Глава 19. Социальная адаптация детей и подростков с аутизмом. Проблемы и перспективы.....256
Список литературы.....276
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....280
ПРИЛОЖЕНИЕ.....**283**

Введение

***Дорогим детям, их родителям* в**

специалистам, *самоотверженно помогающим аутичным детям, посвящается эта книга.*

ЗАГАДОЧНЫЙ МИР ОСОБОГО РЕБЕНКА

Еще двадцать назад лет проблема раннего детского аутизма не стояла так остро, как сегодня. Отечественных исследовательских работ по данной проблеме практически не было. Да и на протяжении моей многолетней работы с детьми с проблемами в развитии дети с аутизмом встречались очень редко. В большинстве случаев речь шла о довольно странных для детского возраста заболеваниях, таких как «олигофрения на фоне шизофренического дефекта», «шизофрения» разных форм, начиная от вялотекущей и до паранойяльной формы, диагностируемые даже в трехлетнем возрасте, «шизофренический дефект», «шизоидная психопатия с олигофреническим дефектом» и пр. Наблюдение за этими детьми осуществлялось в психоневрологических диспансерах. Нередко врачи-психиатры категорично заявляли родителям о неперспективности их лечения и даже обреченности и рекомендовали определить ребенка в специализированные учреждения: дома ребенка, интернаты, где они полностью лишались эмоциональных контактов, которые возможны только в семье. Так эти дети еще глубже погружались в собственный загадочный мир.

Какие они, дети-аутисты? Что скрывается за их отрешенным, красивым лицом, за их «странными», непонятными для нас поступками? Почему случается так, что никогда прежде не разговаривавший ребенок на занятиях с психологом или в эмоциональном порыве произносит не только слова, но и целые фразы? Почему отрешенный от окружающего мира ребенок, похожий на слепоглухонемого, увидев малыша с детским церебральным параличом в коляске, подходит к нему, целует и гладит его ноги? Почему мои студенты, занимающиеся с детьми-аутистами, становятся отличными детскими психологами? Как можно объяснить, что многие люди, работающие с детьми с Проблемами в развитии, не только с детьми-аутистами, отличаются высоким нравственным потенциалом, великодушием и повышенной чувствительностью к проблемам человека?

Долгие годы работая с детьми с проблемами в развитии, я все больше убеждаюсь, что не только дети нуждаются в нашей помощи, но и мы, и все наше общество нуждается в них. Но как мало у нас знаний об их загадочном мире... Мы пугаемся, когда видим детей-инвалидов на улице в сопровождении родителей, и нередко думаем: насколько несчастны, должно быть, родители, имеющие такого ребенка. Мы не видим детей, которые так нуждаются в нас, находясь за толстыми стенами специализированных интернатов с зарешеченными окнами и высокими заборами. Нередко мы запрещаем нашему собственному ребенку общаться с такими детьми. Да, у нас есть готовность дать этим детям милостыню, оказать гуманитарную помощь и послать им игрушку, но мы не готовы понять этих детей, заглянуть в их внутренний мир. В суете и каждодневных заботах нам кажется, что нам этого не нужно, это расстроит, огорчит нас. Как мы не правы! Эти дети такие же, как и мы. Они любят нас и хотят быть любимыми. Они хотят, чтобы их понимали и принимали такими, какие они есть. Но чтобы мы могли это сделать, прежде всего нам необходимо больше знать о них, общаться с ними, быть способными заглянуть в их мир и разгадать их «странные» желания и поступки.

Надеюсь, что эта книга поможет специалистам, работающим с детьми с аутизмом, а также родителям — не только тем, кто столкнулся с этой проблемой, но и имеющим детей с другими отличительными особенностями — разобраться в проблемах своего ребенка и в своих трудностях во взаимодействии с ним и, главное, помочь ребенку и себе.

Доктор психологических наук, профессор И. И. Мамайчук

Часть I Клинико-психологические проблемы раннего детского аутизма

Глава 1

ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА

Аутизм (от греч. autos—сам) представляет собой отрыв от реальности, отгороженность от окружающего мира. Впервые термин «аутизм» был использован немецким психиатром Эйгеном Блейлером в 1911 г. для обозначения симптома у взрослых больных, страдающих шизофренией, который проявляется в виде ухода человека от внешней реальности в мир собственных фантазий.

Несмотря на то, что этот термин употребляется во всем мире и по сей день, следует отметить, что современное понимание аутизма существенно отличается от первоначального клинического определения, предложенного Блейлером. В зарубежной психиатрии аутизм рассматривается в поведенческом плане как уход от действительности в мир внутренних переживаний, как сознательное или бессознательное защитное приспособление против душевной боли, дающее человеку возможность избежать непосильных для него требований окружающей среды.

Подход к определению аутизма в отечественной психиатрии также характеризуется некоторой неоднозначностью. Так, В. П. Осипов определял аутизм как «разобщенность больных с внешним миром» [Осипов, 1923]. В. А. Гиляровский рассматривал его как своеобразное нарушение сознания самого «Я» и всей личности, нарушение адекватных установок к окружающему миру. Автор подчеркивал, что больные аутизмом замкнуты и отчуждены от всего остального мира [Шляровский, 1928].

На протяжении столетия термин «аутизм» использовался в психиатрии достаточно широко, выступая в качестве обозначения и отсутствия у человека потребности в совместной деятельности, и замкнутого образа жизни, и болезненного погружения в свои мысли, нарушения самосознания и, кроме этого, способа психологической защиты.

До сих пор не существует однозначного представления о том, что же такое «аутизм» и каковы его основные характеристики.

Проблема аутизма тесно связана с проблемой общения — базовой категории психологической науки, изучение которой достаточно широко представлено в психологии [Ломов, 1984]. Опираясь на общепсихологические принципы категории общения, В. Е. Каган предложил определение аутизма, на наш взгляд наиболее точно отражающее его сущность [1981, с. 12]: аутизм — это психопатологический синдром, который характеризуется недостаточностью общения, формируется на основе первичных структурных нарушений или неравномерности развития предпосылок общения и вторичной утраты регулятивного влияния общения на мышление и поведение. Под предпосылками общения понимаются:• возможность адекватного восприятия и интерпретации информации;

- достаточность и адекватность выразительных средств общения;
- взаимопонимание с его регулирующим влиянием на мышление и поведение;
- возможность адекватного планирования и гибкого варьирования поведения, выбора способа и стиля общения.

Таким образом, аутизм рассматривается как отклонение в психическом развитии личности, главными проявлениями которого являются нарушение процесса общения с внешним миром и трудности в формировании эмоциональных контактов с другими людьми.

Аутизм, возникший у ребенка в раннем возрасте, называется *ранним детским аутизмом* (РДА). Это особая аномалия психического развития, при которой имеют место стойкие и своеобразные нарушений коммуникативного поведения, эмоциональных отношений ребенка с окружающим миром. Основной признак РДА — это неконтактность

ребенка, которая может обнаруживаться уже на первом году жизни, но особенно четко проявляется в возрасте 2—3 лет.

В настоящее время существует много теоретических подходов к пониманию раннего детского аутизма. Для того чтобы лучше познакомиться с ними, необходимо обратиться к *истории изучения проблемы* раннего детского аутизма в зарубежной и отечественной психиатрии и психологии.

В. М. Башина выделяет четыре основных этапа в становлении изучения данной проблемы.

Первый, *донозологический,* период конца XIX — начала XX века характеризуется несколькими упоминаниями о детях с выраженным стремлением к одиночеству и уходом от взаимодействия с Окружающим миром. В медицинской литературе того времени можно встретить отдельные описания аутистического поведения детей в связи с врожденными церебральными расстройствами, умственной отсталостью. Особый интерес представляют работы доктора Э. М. Итара (E. M. Itard), который описал историю дикого мальчика Виктора, пойманного в лесах Аверона в возрасте 11—12 лет и до этого *не* общавшегося с людьми. С помощью специальных методов обучения Виктору существенным образом удалось развить свое социальное поведение.

Второй, так называемый *доканнеровский,* период приходится на 1920—1940-е годы. На протяжении этих лет предпринимались первые попытки системного подхода к изучению проявлений аутизма в детском возрасте. Были описаны аутистические состояния у детей в клинике детской шизофрении, психозов, нарушений, имеющих в своей основе органические поражения или недоразвитие центральной нервной системы [Гуревич, 1932; Сухарева, 1925; Симсон, 1929; Озерецкий, 1938; Осипова, 1940 и др.]. Авторы исследовали этиологию и патогенетические факторы, проводили классификацию аутистических состояний у детей — в основном при ранней детской шизофрении. Кроме клинических исследований, в тот период осуществлялись клиникопсихологические и психологические исследования когнитивных процессов у детей, страдающих шизофренией [Бобкова, 1936; Выготский, 1932, 1934; Соловьева, 1936; и др.].

Третий, *каннеровский,* период — с 1943 по 1979 год — ознаменовался выходом в свет основополагающих работ по аутизму Л. Каннера [Kanner, 1943] и Г. Аспергера [Asperger, 1944].

Американский детский психиатр Лео Каннер первым описал синдром раннего детского аутизма в 1943 году. Автор наблюдал 11 детей, у которых в течение первых лет жизни отмечалась замкнутость, отгороженность от окружающего мира. Эти дети не воспринимали других людей, избегали зрительного контакта, не проявляли внимания к социальной стороне жизни, частично или полностью не могли овладеть коммуникативной речью, постоянно повторяли одни и те же стереотипные движения или слова. Характерными для них были также персеверации, любимые ритуалы, нарушать которые мог только сам ребенок. Каннер назвал эти расстройства ранним инфантильным аутизмом («early infantile autism»). В качестве основной черты аутизма он выделил «проявление с самого начала жизни неспособности детей соотносить себя обычным образом с людьми и ситуациями» [Kanner, 1943, p. 242]. Каннер отмечал, что для этих детей характерно крайнее аутистическое одиночество, заставляющее их замыкаться в себе, игнорировать внешний мир и отвергать все, что происходит вокруг них. Учитывая то, что такие состояния наблюдаются у детей в раннем возрасте, Каннер пришел к выводу, что причиной аутизма является врожденная неспособность к установлению близких отношений с другими людьми. Отдельное внимание автор уделил описанию родителей детей-аутистов. Он охарактеризовал их как педантичных интеллектуалов, холодных и отстраненных в отношениях с другими людьми. Несмотря на то что Каннер рассматривал аутизм прежде всего как врожденное психическое расстройство, он отмечал, что оно является во многом защитной реакцией ребенка на холодную, интеллектуальную «враждебность» родителей, проявляющуюся в неправильном воспитании, в отчуждении

ребенка «холодной» матерью. То есть аутистические проявления у ребенка автор рассматривал и как своеобразную форму психологической защиты [Kanner, 1943].

Независимо от Л. Каннера, австрийский педиатр Ганс Аспергер описал состояние, названное им аутистической психопатией. Автор отмечал необычайно раннее речевое развитие у детей, когда, речь появляется прежде, чем ребенок начинает ходить. У этих детей наблюдалось своеобразное использование языка, необычные интонации, словотворчество. Также как у детей, описанных Каннером, у детей, наблюдавшихся Аспергером, отмечались неспособность создавать полноценный зрительный контакт, бедность мимики и жестов, моторная неловкость, дисгармоничные, угловатые движения. В играх и увлечениях для них характерны тенденции к стереотипии и привычным действиям. Аспергер подчеркивал существенную роль генетических факторов в возникновении данного расстройства. Между тем в прогностическом плане синдром Аспергера, названный в честь описавшего его исследователя, рассматривается как более благополучный: у детей и подростков с синдромом Аспергера хотя и имеются нарушения коммуникативной речи, они не выражены так сильно, как у детей с синдромом Каннера. Кроме того, у них не наблюдается грубых интеллектуальных нарушений. Вследствие этого в психиатрии синдром Аспергера рассматривают как своеобразное личностное расстройство [Asperger, 1944].

В России первое описание аутизма в детском возрасте было представлено С. С. Мнухиным в 1947 году, который выдвинул концепцию органического, то есть обусловленного органическим поражением центральной нервной системы, происхождения РДА. Как отмечает В. Е. Каган, к 1960-м годам сложился своеобразный «аутистический бум»: аутизму посвящались монографии, специальные выпуски периодической литературы, многие проблемы рассматривались «через призму раннего детского аутизма» [Каган, 1981, с. 9].

В конце 1960-х — начале 1970-х годов появились работы отечественных авторов, в которых была представлена аргументированная критика расширительной диагностики раннего детского аутизма в западной психиатрии. Среди этих работ особое место занимают исследования Ленинградской школы детских психиатров под руководством С. С. Мнухина. В статье под названием «О синдроме «раннего детского аутизма», или синдроме Каннера у детей», опубликованной в 1967 году в «Журнале невропатологии и психиатрии», С. С. Мнухин.А. Е. Зеленецкаяи Д. Н. Исаев на основе пятилетних наблюдений за 44 детьми в возрасте от 2 до 14 лет показали отличительные признаки детей с синдромом Каннера [1967, с. 1501—1506]:

- ослабление либо полное отсутствие каких-либо контактов с окружающей средой;
- отсутствие ясных интересов и адекватных эмоциональных реакций, целенаправленной деятельности;
- неспособность к самостоятельному психическому напряжению;
- своеобразное развитие речи, которое проявляется в отсутствии ее прямого социального назначения, информативной роли и в наличии эхолалий и персевераций;
- своеобразие движений, когда «отдельные движения часто легки и ловки, но формул движения, двигательных навыков очень мало, из-за чего дети эти обычно беспомощны, долго не научаются одеваться, нуждаются в обслуживании».

Авторы выделили основные симптомокомплексы раннего детского аутизма. Это снижение психического, или «витального», тонуса; ослабление или отсутствие способности к психическому напряжению и целенаправленной активности.

Одним из самых существенных симптомов авторы, вопреки мнению Каннера, посчитали «изначальное очень явное, необычно разительное ослабление инстинктивных или безусловно-рефлекторных реакций — ориентировочных, пищевых, самозащиты и др.». Отсутствие этих реакций делает поведение детей «...аморфным, хаотичным, дезорганизованным, а их самих — практически беззащитными и беспомощными» [там же]. По мнению авторов, объяснить аутизм ребенка только патологией личности

родителей, отсутствием контактов между родителями и ребенком, отрицательными воспитательными влияниями, распадом семьи и т. п. невозможно. В своей работе, представляющей результаты одного из первых отечественных клинических исследований раннего детского аутизма, С. С. Мнухин с соавторами поставили под сомнение использование только метода психотерапии в коррекции аутистических тенденций у детей, а подчеркнули необходимость комплексного подхода к данной проблеме.

Исследователи обратили внимание на особенности интеллектуального развития детей с РДА. «Мы полагаем, — пишут они, — что "детский аутизм" представляет собой своеобразную разновидность психического недоразвития, при которой на передний план выступают аффективно-волевые нарушения, шизоформный характер поведения, обусловленный преимущественным недоразвитием активирующих, "энергозаряжающих" систем ствола мозга. Это вовсе не означает, что в интеллектуальном отношении дети эти вполне нормальны. Наоборот, среди наших больных не было ни одного интеллектуально полноценного, но, во-первых, структура интеллектуального дефекта у них качественно иная, чем в других случаях «истинной» олигофрении, во-вторых,; интеллектуальная недостаточность у них «перекрывается» обычно грубыми нарушениями личности и поведения. У большинства этих больных выявляются конкретное, "регистрирующее" мышление, длительная неспособность овладеть навыками чтения, письма и счета, временными и пространственными представлениями, операциями, состоящими из ряда последовательных актов (перечисление дней и месяцев в прямом и обратном порядке и др.), длительная дезориентировка в сторонах тела. Все эти нарушения нередко маскируются хорошей памятью, способностью "попугайно" воспроизводить сложные отрывки из речи окружающих, хорошей речью, часто отличным музыкальным слухом, склонностью к фантазированию» [Мнухин, Зеленецкая, Исаев, 1967, с. 1501].

Исследования московских психиатров М. Ш. Вроно и его сотрудников привели к выводу о неоднородности синдрома Каннера и преимущественном отношении его к шизофрении. Авторами было обследовано 300 больных с детской шизофренией, из них 32 больных с синдромом Каннера. Однако при динамическом обследовании только у 9 наблюдался «истинный синдром Каннера», а в ходе катамнестического наблюдения количество этих больных сократилось до 8 человек. В связи с этим авторы подчеркивали необходимость дифференциальной диагностики аутизма от аутистических состояний, возникающих у ребенка после приступа шизофрении [Вроно, Башина, 1975].

В этот период появилось значительное количество работ по исследованию физиологических, биологических, психологических аспектов раннего детского аутизма. Однако можно говорить о том, что клинической определенности данной проблемы на тот момент достигнуть не удалось, что четко прослеживалось во взглядах отечественных и зарубежных исследователей на этиологию РДА. Многие авторы подчеркивали полиэтиологичность РДА, связывая его происхождение с генетическими и органическими причинами, с последствиями нарушения симбиоза между матерью и ребенком, нарушениями адаптационных механизмов у незрелой личности [Mahler et al., 1959; Nissen, 1963; Rutter, 1979; и др.]. В эти же годы были описаны аутистические симптомы в клинике больных фенилпировиноградной олигофренией, при Х-ломкой хромосоме, синдроме Ретта и др.

Особое значение в тот период имели первые отечественные клинико-психолого-педагогические исследования раннего детского аутизма. Впервые в нашей стране была создана специальная экспериментальная группа при клинической лаборатории Института дефектологии АПН СССР под руководством профессора К. С. Лебединской, которая в течение четырех лет занималась клинико-психологическим изучением детей с РДА и разработкой методов психолого-педагогической коррекции. Результаты многолетней работы были отражены в сборнике научных трудов НИИ дефектологии под редакцией Т. А. Власовой, В. В. Лебединского и К. С.Лебединской [1981]. Впервые на основе комплексного клинико-психологического исследования авторами были разработаны

дифференцированные методы психолого-педагогической коррекции *детей с аутизмом* с учетом этиологии и степени тяжести РДА, а также прогностические оценки.

В 1981 году вышла в свет первая отечественная монография по раннему детскому аутизму В. Е. Кагана. В своей работе автор обобщил исследования зарубежных и отечественных авторов по данной проблеме, предложил клиническое определение аутизма, выделил дифференциально-диагностические критерии раннего детского аутизма, отграничивающие его от других, сходных, нарушений психики ребенка. Особое внимание В. Е. Каган уделил комплексному клинико-психологическому подходу к данной проблеме, лечебно-реадаптационной работе с детьми с РДА, а также психопрофилактике аутистических нарушений в детском возрасте [Каган, 1981].

Четвертый, *послеканнеровскйй,* период — 1980—1990-е годы — знаменуется отходом от позиций самого Л. Каннера во взглядах на РДА [Башина, Пивоварова, 1970; Башина, 1980; Мнухин, Зеленецкая, Исаев, 1967; Rimland, 1964; Wing, 1976; Rutter, 1972; Gillberg, 1992]. Ранний детский аутизм стал рассматриваться как неспецифический синдром разного происхождения, характеризующийся функциональными ограничениями в трех основных областях:

- социальном взаимодействии;
- коммуникативном поведении;
- мотивационной сфере.

Наряду с ранним детским аутизмом в МКБ-10 как особая категория выделяется *атипичный аутизм.* В отличие от раннего детского аутизма, он характеризуется отсутствием некоторых важных при диагносцировании РДА признаков. Атипичный аутизм наиболее часто возникает у детей с глубокой умственной отсталостью, а также у детей с атипичными детскими психозами.

В современной науке все большее распространение получает биогенетический подход, рассматривающий аутизм как биологически обусловленное и хроническое нарушение развития, которое проявляется в первые годы жизни ребенка.

Таким образом, на протяжении более полувека, начиная с 1943 года, когда ранний детский аутизм был впервые описан Л. Каннером, взгляды на его причины, клинические проявления, Прогнозы дальнейшего психического развития детей с аутизмом существенно менялись. Длительный период времени аутизм и шизофрения рассматривались как одна из форм психической патологии, между тем как в настоящее время они считаются различными расстройствами. В связи с принятием в нашей стране Международной классификации болезней 10-го пересмотра ранний детский аутизм был выведен из рубрики психозов, специфичных для детского возраста, и введен в рубрику так называемых первазивных общих расстройств развития.

Несмотря на то что большинством специалистов ранний детский аутизм рассматривается как нарушение психического развития, в настоящее время существует множество противоречивых точек зрения на причины его возникновения, специфику клинических проявлений, особенности и прогноз в психическом развитии детей с РДА.

Глава 2
ПРИЧИНЫ, КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И КЛАССИФИКАЦИЯ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА

Причины и патогенетические особенности раннего детского аутизма, а именно их разнообразие, неопределенность и противоречивость, являются предметом многочисленных дискуссий. В настоящее время существует несколько рабочих гипотез, объясняющих природу раннего детского аутизма.

Как уже было показано, первые гипотезы о причинах раннего детского аутизма были выдвинуты Л. Каннером. В своих ранних работах автор подчеркивал высокую значимость таких факторов, как эмоциональная холодность, жесткость, ригидность родителей, негативно сказывающихся на процессе общения с ребенком, а также высокий социальный

статус родителей детей с аутизмом [Kanner, 1943]. Это предположение вызвало огромное количество критических замечаний и дискуссий, особенно со стороны клиницистов. В дальнейшем и сам Каннер отказался от него.

Позднее в исследованиях зарубежных и отечественных психиатров было показано, что ранний детский аутизм обусловлен сложными биологическими факторами. Особую роль в его возникновении играют генетические факторы. Американские психиатры при использовании близнецовых и семейных методов исследования при изучении причин аутизма показали, что ранний детский аутизм у сибсов встречается в 60—100 раз чаще, чем в популяции в целом. Если один из монозиготных близнецов страдает аутизмом, то у второго вероятность заболевания 90% [Smalleyetal., 1988].

Современные международные диагностические системы МКБ-10, DSM-IV подчеркивают значимость лежащих в основе раннего детского аутизма биологических нарушений, среди которых выделяются генетические факторы и органическое поражение центральной нервной системы. Компьютерно-томографические исследования детей с аутизмом выявили морфологические изменения мозжечка, гипоплазию червя мозжечка и ствола мозга [Campbell, Schay, 1995]. Также у пациентов с ранним детским аутизмом при помощи позитронно-эмиссионной томографии и магнитно-резонансной томографии было обнаружено снижение уровня метаболизма глюкозы в области передней и задней поясных извилин, относящихся к лимбической системе [Haznedar et al., 2000].

Наиболее распространенной в настоящее время является гипотеза о генетической природе раннего детского аутизма. Например, сотрудники Международного консорциума по молекулярному и генетическому изучению аутизма, обследовавшие 150 пар братьев и сестер, больных аутизмом, полагают, что на человеческих хромосомах 2 и 17 имеются участки, вызывающие предрасположенность к аутизму. Исследователям удалось подтвердить предположение о том, что хромосомы 7 и 16 также содержат подобные зоны. Исследование семей, в которых двое и более детей были больны аутизмом, заставляет медиков думать, что существует определенная генетическая основа заболевания.

Специалисты из Центра аутизма Университета штата Вашингтон провели серию исследований активности мозга аутичных детей в ситуациях, связанных с переживанием различных эмоций. Группе аутистов дошкольного возраста показывали фотографии, выражающие разные степени страха или нейтральные эмоции. Перед этим детям надевали специальные шапочки с десятками датчиков, снимавших информацию об активности их головного мозга. Контрольные группы были образованы из числа здоровых и умственно отсталых детей. В обеих контрольных группах дети по-разному реагировали на демонстрируемые им фотографии, однако для всех без исключений были характерны изменения активности мозга при смене фотографий. В то же время активность мозга аутичных детей в аналогичных условиях не менялась. Результаты проведенного исследования наглядно показали, что при аутизме оказываются задетыми базовые механизмы функционирования мозга.

Параллельно специалисты Центра исследовали структуру мозга тех же детей. При этом использовался новый метод фотонного спектроскопического сканирования, разработанного в университете. Он позволяет получать данные как о структуре отдельных участков мозга, так и об их химическом составе. Оказалось, что у аутичных детей размеры мозжечковой миндалины, участвующей в обработке эмоциональной информации, намного больше, чем у здоровых или умственно отсталых детей. В среднем мозг аутистов на 10% больше «нормальных» показателей. При этом такая диспропорция никак не зависит от пола, тогда как у здоровых людей мужской мозг больше женского. Кроме того, были найдены серьезные изменения в химическом составе мозга у детей-аутистов [Волна аутизма //Vesti.ru: 27.12.2002. Цит. по: http://psychology.net.ru/news/content/1041017419.html].

Многочисленные исследования показали, что существует несколько причин возникновения и развития аутизма:

• врожденные биологические факторы, например мозговая дисфункция;

• недоразвитие определенных долей мозга в сочетании с гиперразвитием других его областей;

• хромосомные аномалии и нарушения обмена.

Значительное число противоречивых взглядов наблюдается и в оценке *частоты распространения* раннего детского аутизма. В последнее десятилетие многие авторы неоднократно подчеркивали высокую распространенность аутистических расстройств разной этиологии в детской популяции — в диапазоне от 7 до 52 случаев на 10 000 детского населения [Попов, Вид, 1997; Gillberg, 1989, 1992]. Как показывает большинство исследований отечественных и зарубежных авторов, на 10 000 детей и подростков приходится 4—5 случаев раннего детского аутизма. Между тем в работах американского психиатра Гиллберга отмечается 10 случаев на 10 000 детского населения [Gillberg, 1989, 1992]. Однако эти данные относятся только к раннему детскому аутизму (синдрому Каннера).

О. С. Никольская с соавторами подчеркивают, что частота аутистических нарушений (атипичный аутизм) в детском возрасте, проявляющихся в трудностях коммуникации и социальной адаптации, значительно выше и варьирует в диапазоне от 15 до 20 случаев на 10 000 детского населения [Никольская, Баенская, Либлинг, 1997, с. 17].

Большинство исследователей отмечают, что среди пациентов с ранним детским аутизмом преобладают мальчики (распределение по полу примерно 8:1). Из 100 обследованных нами детей с аутизмом, в возрасте От 3 до 16 лет было только 12 девочек. Кроме того, исследования В. М. Башиной показали, что аутистические нарушения у девочек носят более деструктивный характер [Башина, 1999].

Разнообразие клинических проявлений аутизма создает определенные сложности в его классификации, в выделении ведущего симптомокомплекса. В отечественной и зарубежной психиатрии описываются различные формы аутистических синдромов у детей, однако до сих пор не существует единого подхода к классификации раннего детского аутизма. Наиболее подробно разработаны клинические классификации раннего детского аутизма и аутистических синдромов у детей, построенные по клиническому и этиопатогенетическому принципу.

Например, В. Е. Каган [1981] на основе собственных исследований и результатов изучения данной проблемы зарубежными авторами выделяет следующие формы аутистических синдромов у детей (см. табл. 1).

Таблица 1 **Аутистические синдромы у детей**

Синдромы	**Основной этиологический фактор**	**Патогенетическая основа**	**Динамика**
Аутизм при шизофрении	Наследственность	Специфическая диссоциация психических функций	Проградиентность
Аутизм при шизоидной психопатии	Наследственность	Контрастные черты характера	Непроградиентность
Детский аутизм	Экзогенные вредности в антенатальном и пренатальном периоде	Асинхрония, неравномерность, задержка психического развития	Прогрессирующее развитие психики
Органический аутизм	Экзогенные вредности в постнатальном онтогенезе	Психическое недоразвитие, резидуальные психопатии	Развитие психики определяется возможностями терапии
Парааутистические состояния	Психогении	Невротическое реагирование	Динамика в психическом развитии различная

В. В. Ковалев [1985] описывает две основные формы РДА: процессуальный (шизофренический) и непроцессуальный синдром. Автор подчеркивает, что психопатологические особенности детей с аутизмом при шизофрении связаны не с отсутствием потребности в контактах, а с болезненными переживаниями ребенка, которые проявляются в патологических фантазиях, в рудиментарных бредовых образованиях. В связи с этим поведение детей с процессуальным синдромом отличается выраженной причудливостью, вычурностью, диссоциированностью.

Особого внимания заслуживает классификация К. С. Лебединской, поскольку в ее основе лежит причина возникновения аутизма у ребенка, что в значительной степени определяет биологические детерминанты развития аутистическйх синдромов. Используя этиопатогенетический подход к классификации раннего детского аутизма, К. С. Лебединская [1981] выделяет пять его вариантов:

- аутизм при различных заболеваниях центральной нервной системы;
- психогенный аутизм;
- аутизм шизофренической этиологии;
- аутизм при обменных заболеваниях;
- аутизм при хромосомной патологии.

Аутизм при различных заболеваниях ЦНС (органический аутизм) сочетается с теми или иными проявлениями психоорганического синдрома. В этом случае у детей отмечаются психическая инертность, двигательная недостаточность, нарушения внимания и памяти. Кроме того, наблюдается рассеянная неврологическая симптоматика: признаки гидроцефалии, изменения по органическому типу на электроэнцефалограмме, эпизодические судорожные припадки. Как правило, для детей этой группы характерны задержки речевого и интеллектуального развития.

Психогенный аутизм, по данным западных психиатров и психологов, возникает преимущественно у детей раннего возраста (до 3—4 лет) в связи с воспитанием в условиях эмоциональной депривации: длительного отсутствия материнской ласки, неправильного воспитания в интернатах и пр. Эта форма аутизма проявляется у ребенка в нарушении контакта с окружающими, в эмоциональной индифферентности, пассивности, безучастности, в отсутствии дифференцированных эмоций, в задержке развития речи и психомоторики. В отличие от других форм, психогенный аутизм при нормализации условий воспитания может исчезнуть. Однако в случае, если пребывание ребенка в неблагоприятных условиях продлится первые три года жизни, аутистическое поведение и нарушения речевого развития становятся стойкими.

Дети с *аутизмом шизофренической этиологии* отличаются более выраженной отгороженностью от внешнего мира и слабостью контактов с окружающими. У них наблюдается выраженная диссоциация психических процессов, стирание границ между субъективным и объективным, погружение в мир внутренних болезненных переживаний и патологических фантазий, наличие рудиментарных бредовых образований и галлюцинаторных феноменов. В связи с этим их поведение отличается причудливостью, вычурностью, амбивалентностью. Например, дети могут быть отгороженными, малоконтактными и эмоционально невыразительными в общении с близкими и при этом общительными, разговорчивыми, доверчивыми с посторонними лицами. Однообразное, вялое поведение детей может прерываться немотивированными агрессивными поступками, разрушительными действиями. Кроме того, у детей может наблюдаться продуктивная психопатологическая симптоматика: постоянные страхи, деперсонализация, псевдогаллюцинаторные переживания.

Аутизм при обменных заболеваниях и хромосомной патологии в клинической литературе описан как сопутствующий синдром, когда у детей на фоне психического недоразвития наблюдаются аутистические проявления.

В 1989 году в Научно-исследовательском центре психического здоровья была разработана своя клиническая классификация РДА [Башина, Козлова, Ястребов, Симашкова и др., 1989]:

1. Синдром раннего инфантильного аутизма Каннера (классический вариант РДА).
2. Аутистическая психопатия Аспергера.
3. Эндогенный, постприступный (вследствие приступов шизофрении) аутизм.
4. Резидуально-органический вариант аутизма.
5. Аутизм при хромосомных аберрациях.
6. Аутизм при синдроме Ретта.
7. Аутизм неясного генеза.

Следует подчеркнуть, что перечисленные классификации недостаточно информативны для психологов и дефектологов, так как в них не отражена степень тяжести дефекта, которая проявляется в нарушении социальной адаптации ребенка. Вместе с тем другими исследователями предпринимались отдельные попытки классификации детей с аутизмом по характеру социальной дезадаптации. Например, Л. Винг разделяла аутичных детей на три группы в соответствии с их способностью вступать в социальный контакт [цит. по: Никольская, Баенская, Либлинг, 1997, с. 41]:

1) «одинокие», которые не вовлекаются в общение;
2) «пассивные».
3) «активные, но нелепые».

Наилучший прогноз в дальнейшем психическом развитии, по мнению автора, был у «пассивных».

О. С. Никольская с соавторами справедливо подчеркивают: «Предложенная Винг классификация удачно связывает характер социальной дезадаптации ребенка с прогнозом его дальнейшего социального развития, однако за основу при этом берутся все же производные проявления нарушения. Нам представляется, что существует возможность более точной психологической дифференциации таких детей в соответствии с глубиной их аутизма и степенью искажения психического развития. В этом случае критериями разделения становятся доступность ребенку тех или иных способов взаимодействия со средой и людьми и качество разработанных им форм защитной гиперкомпенсации — аутизма, стереотипности, аутостимуляции» [там же].

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.

Дети *первой* группы характеризуются наиболее глубокой аффективной патологией. Их поведение носит полевой характер. Они мутичны, 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 [Мамайчук, 2001, 2003; Карвасарская, 2003; и др.]. Ее преимущество заключается в том, что она построена с учетом ведущего патопсихологического синдрома, отражающего глубину аффективной патологии ребенка и прогноз его дальнейшего психического развития. Однако данная классификация далеко не универсальна, так как в ее основе лежат психолого-педагогические наблюдения и в ней не отражены этиологические и патогенетические параметры аутизма у детей. В представленной классификации отсутствуют клинические детерминанты, что в значительной степени снижает эффективность прогностической оценки детей с аутизмом и возможность более дифференцированного подхода к их психологической коррекции. Между тем опыт нашей многолетней работы с детьми показал, что она вполне пригодна для психолого-педагогической работы с детьми с аутизмом, поскольку стержневой характеристикой аутизма является именно степень тяжести аффективной патологии.

В целом все описанные выше классификации аутистических симптомов у детей в своей основе содержат этиологические факторы и клинические проявления и, по сути, содержательно не отличаются друг от друга. Вероятно, следующим шагом будет создание классификации аутизма в детском возрасте с учетом и этиопатогенетических, и клинических, и психолого-педагогических факторов.

В. М. Башина на основании сравнительного клинического изучения детей с ранней детской шизофренией и с РДА показала высокую вариативность аутистических синдромов в детском возрасте в каждой из нозологических групп — от легких до тяжелых. Автор предлагает рассматривать ранний детский аутизм как диссоциированный дизонтогенез разной этиологии. В представленной ею классификации рассмотрены все виды раннего детского аутизма: конституционального, процессуального и органического, в связи с хромосомными аберрациями, психогениями и неуточненного генеза. По данным автора, основное ядро аутизма представлено состояниями шизофренического спектра, что составляет около 79%. В. М. Башина подчеркивает асинхронный тип задержки развития при РДА, что проявляется в нарушении иерархии психического, речевого, моторного и эмоционального созревания ребенка [Башина, 1999].

Как отмечалось нами выше, в связи с принятием в нашей стране Международной классификации болезней 10-го пересмотра ранний детский аутизм был выведен из рубрики психозов, специфичных для детского возраста, и в настоящий момент относится к числу так называемых первазивных общих расстройств развития. В МКБ-10 детский аутизм под шифром F84.0 рассматривается как «общее расстройство развития, определяющееся наличием аномального и/или нарушенного развития, которое проявляется в возрасте до трех лет и аномальным функционированием во всех трех сферах: социального взаимодействия, общения и ограниченного, повторяющегося поведения. У мальчиков расстройства развиваются в 3—4 раза чаще, чем у девочек. (...) Для постановки диагноза аномалии развития должны отмечаться в первые три года жизни,

но сам синдром может диагносцироваться во всех возрастных группах» [МКБ-10,1994, с. 248].

В настоящее время исследователи в целом разделяют представление о существовании двух основных вариантов аутизма: классического аутизма Каннера и отличного от него аутистического состояния, происхождение и клинические проявления которого могут разниться. Согласно диагностической схеме Международной классификации болезней 10-го пересмотра, оба аутистических синдрома (ранний детский аутизм, или синдром Каннера, и аутистические расстройства личности, или синдром Аспергера) относятся к глубинным расстройствам психического развития, которые характеризуются поведенческими нарушениями и являются психопатологическими синдромами.

В таблице 2 представлены диагностические критерии раннего детского аутизма (F84.0).

Таблица 2 **Диагностические критерии РДА (F84.0) по МКБ-10**

<table>
<tr><td colspan="4">1. Аномалии развития выявляются в возрасте до 3 лет. Наблюдаются качественные нарушения социального взаимодействия. Искажение развития появляется как минимум в одной из следующих областей</td></tr>
<tr><td>Рецептивная или экспрессивная речь, её использование в социальных коммуникациях</td><td colspan="2">Развитие избирательных социальных контактов или реципрокных социальных взаимодействий</td><td>Функциональные или символические игры</td></tr>
<tr><td colspan="4">2. Качественные нарушения социальных взаимодействий, по меньше мере в одной из сфер</td></tr>
<tr><td>Неспособность использовать зрительный контакт, мимику, положения тела, жестикуляцию для регулирования социального взаимодействия</td><td>Неспособность устанавливать отношения со сверстниками, связанное с общими интересами, занятиями, чувствами</td><td>Недостаток социально-эмоциональной взаимности (искаженные или девиантные реакции на эмоции других, недостаток поведенческих манипуляций соответственно контексту или неустойчивая интеграция социального, эмоционального и коммуникативного поведения)</td><td>Недостаточность спонтанного разделения радости, интересов или деятельности с другими</td></tr>
<tr><td colspan="4">3. Качественное нарушение коммуникации, по крайней мере в одной из областей</td></tr>
<tr><td>Нарушение развития экспрессивной речи без компенсации с помощью жестов и мимики</td><td colspan="2">Относительная неспособность вступать или поддерживать вербальный контакт с взаимным коммуникативным обменом</td><td>Недостаток спонтанных ролевых или социально-имитационных игр</td></tr>
<tr><td colspan="4">4. Ограниченность, построение и стереотипность поведения, деятельности и интересов, по крайней мере в одной из областей</td></tr>
<tr><td>Всепоглощающая деятельность, связанная со стереотипными и ограниченными интересами, которые по содержанию и основными аспектами отличаются патологической или необычной интенсивностью и ограниченностью</td><td>Навязчивая склонность к специфическим нефункциональным действиям и ритуалам</td><td>Стереотипные и повторяющиеся манерные движения руками и пальцами, сгибание их или сложные движения телом</td><td>Полное погружение в мир предметов или вещей, не предназначенных для игр (таких как запах, поверхность, шум, вибрация)</td></tr>
</table>

Итак, по МКБ-10 ранний детский аутизм (синдром Каннера) проявляется уже на третьем году жизни и характеризуется функциональными ограничениями в трех основных областях: социальном взаимодействии, коммуникативном поведении и мотивационной сфере. У ребёнка наблюдается стереотипный тип поведения, выраженные поведенческие нарушения в форме фобий, немотивированных приступов ярости, агрессии, самоповреждения. Кроме этих типичных симптомов, которые с возрастом могут изменяться, у детей с аутизмом отчетливо наблюдаются следующие особенности:

- чрезвычайно большие отличия в уровне интеллектуального развития;
- специфические особенности в развитии сенсорной сферы;
- характерные нарушения речи (искаженное речевое развитие, эхолалии, аграмматизмы, речевой мутизм и пр.);
- нарушения моторного развития (задержка психомоторного развития, двигательные стереотипии, ходьба на цыпочках);
- более или менее выраженные страхи, особенно в новой обстановке.

Наряду с ранним детским аутизмом, как особая категория расстройства развития в МКБ-10 выделяется атипичный аутизм. В отличие от раннего детского аутизма, он либо начинается в ином возрасте, либо характеризуется отсутствием некоторых важных признаков. Атипичный аутизм наиболее часто возникает у детей с глубокой умственной отсталостью, а также у детей с атипичными детскими психозами.

Клиническая диагностика детей с ранним детским аутизмом является чрезвычайно сложным процессом. Для правильного установления диагноза необходимы обширные и тонкие клинические и клинико-психологические исследования. К их числу, прежде всего, следует отнести структурированный анамнез, обязательное неврологическое и соматическое обследование, электроэнцефалографическое обследование, проверку зрения и слуха, в некоторых случаях хромосомный анализ. Желательно получение заключения от психолога, который наблюдает за ребенком и использует специальные методы психологической диагностики.

Многие отечественные и зарубежные авторы подчеркивают особую важность *дифференциальной диагностики* раннего детского аутизма, так как аутистические проявления могут наблюдаться также при ранней детской шизофрении, умственной отсталости, задержке психического развития и других вариантах психического дизонтогенеза.

Е. С. Иванов [1997] справедливо акцентирует внимание именно на ранней диагностике детского аутизма, задачей которой должна быть дифференциация РДА от синдромов аутизма при других заболеваниях и состояниях психического недоразвития. По мнению автора, дифференциальная диагностика должна быть основана на знании ядерных проявлений РДА как искаженного психического развития, на знании этапов нормального психического развития ребенка. Диагностика должна проводиться очень осторожно и тщательно, а симптоматика не должна заслонять от исследователя личность самого ребенка. В случае затруднения в постановке диагноза, подчеркивает автор, ребенок должен быть определен в группу риска и находиться под динамическим наблюдением врача-психоневролога и специального психолога.

В. Е. Каган [1981] выделяет следующие *дифференциально-диагностические признаки детского аутизма от шизофрении в детском возрасте* (см. табл. 3).

Таблица 3 Различия раннего детского аутизма и детской шизофрении

Ранний детский аутизм	**Шизофрения в детском возрасте**
Отсутствие бреда и галлюцинаций у детей с РДА (даже в юношеском возрасте)	Наличие бреда и галлюцинаций
Детский аутизм достоверно преобладает у мальчиков	При шизофрении распределение по полу равномерно

В семьях аутистов редки случаи заболевания родственников шизофренией	У детей, страдающих шизофренией, шизофрения диагностируется в родителей в 10 раз чаще, чем у детей с аутизмом
Более высокий социальный статус родителей	Более низкий социальный статус родителей
Ремиссии и рецидивы отсутствуют	Имеют место ремиссии и рецидивы
В анамнезе чаще пренатальные осложнения	Доминируют наследственные факторы
Период нормального развития ребенка отсутствует	Ребенок развивался нормально и затем заболел
Задержка в развитии социальных отношений	Активный уход от реальности

К. С. Лебединская предлагает использовать два важных диагностических критерия отличия раннего детского аутизма от шизофрении. Для шизофрении характерны следующие признаки:

- хотя бы короткий промежуток времени — нормальное психическое развитие, предшествующее возникновению аутизма;
- признаки прогродиентности (прогрессирования заболевания) в виде нарастания психического дефекта: углубление вялости, аспонтанность, распад речи, регресс поведения с утратой приобретенных навыков.

Как отмечалось выше, одновременно с Каннером и независимо от него австрийский психиатр Г. Аспергер описал состояние, названное им «аутистической психопатией». По мнению Аспергера, «ядро личности» у описываемых им детей было сохранено [цит. по: Каган, 1981]. В свою очередь, Ван Кревелен [1963] выдвинул предположение, что ранний детский аутизм является результатом органического поражения мозга у лиц, предрасположенных к аутистической психопатии. Автор выделил *различия между инфантильным аутизмом и аутистической психопатией* [цит. по: Каган, 1981, с. 20].

Таблица 4. Различия раннего детского аутизма и синдрома Аспергера

Ранний детский аутизм	**Аутистическая психопатия**
Выявляется сразу после рождения на первом году жизни	Странности отмечаются на 2-3 году жизни и особенно ясно проявляются в первые годы обучения в школе
Ходить начинает раньше чем говорить	Речь проявляется раньше ходьбы
Встречается у мальчиков и девочек	Чаще встречается у мальчиков
Познавательный дефект	Дефект интуиции
Плохой социальный прогноз	Хороший социальный прогноз
Речь не имеет коммуникативной функции	Речь используется как средство общения
Нет зрительного контакта, не замечает других людей	Зрительный контакт беглый, избегает чужого взгляда
При госпитализации нет тоски по дому	При госпитализации есть тоска по обстановке дома, но не по людям («ностальгия кошек»)
Интеллектуальные проявления бедны	Хорошие общие и специальные способности
Поведение беспокойно	Поведение странно

Д. Вебер выделил следующие дифференциально-диагностические критерии различения синдрома Аспергера и раннего детского аутизма [Weber, 1988]:

- отсутствуют нарушения в развитии речи у детей с синдромом Аспергера,

характерны для детей с синдромом Каннера;

• синдром Аспергера представляет собой личностное расстройство с относительно рано закрепившимися стабильными особенностями, которые претерпевают лишь количественное изменение, в то время как синдром Каннера характеризуется большей вариабельностью и наклонностью к качественным изменениям. Не менее важной является *дифференциальная диагностика раннего детского аутизма от умственной отсталости.*

Как уже было показано, дети, страдающие ранним детским аутизмом, могут обладать разным уровнем развития интеллекта: от крайней степени умственной отсталости до уровня, значительно превышающего средний. У подавляющего большинства детей с ранним детским аутизмом наблюдается низкий уровень развития интеллекта, однако, как справедливо отмечают многие отечественные и зарубежные авторы, нарушение интеллектуального развития у детей с РДА имеет качественно иной характер, чем у детей с умственной отсталостью. Наиболее типичным является недоразвитие практических навыков при достаточном или гипертрофированном развитии абстрактно-вербальных операций.

Пример

Вася, 8 лет. Отмечается полное отсутствие коммуникативной речи, недоразвитие праксических функций. Вместе с тем он успешно справился с решением задач при диагностическом обследовании с помощью методики Равена, правильно нашел лишние предметы в пробах на обобщение методом исключения и дал верные ответы в арифметических примерах с переходом через десяток. Однако, по заключению психолога, обследовавшего его ранее в рамках медико-психолого-педагогической комиссии, уровень интеллекта у ребенка находился в диапазоне глубокой умственной отсталости в степени выраженной имбицильности, в связи с чем ребенку было отказано в обучении в школе.

В некоторых случаях необходимо *различать нарушение речи при раннем детском аутизме от системных речевых нарушений,* таких как алалия, афазия и пр., нередко встречающихся **в** практике психолога и дефектолога. У детей с ранним детским аутизмом наблюдается недоразвитие коммуникативной стороны речи, однако речевые нарушения крайне вариабельны: возможем как полный мутизм, так и нормальное речевое развитие. Глубоко аутичный ребенок не сосредоточивается на обращенной к нему речи, речь не является регулятором его поведения. Трудности понимания речевой инструкции наблюдаются и у детей с сенсорной алалией. Однако для последних не характерно нарушение коммуникативной функции речи: несмотря на речевые трудности, дети с алалией пытаются выразить себя мимикой, жестами и другими невербальными способами общения.

В настоящее время исследователи продолжают работать над определением *клинических характеристик раннего детского аутизма* [Каган, 1981, с. 13].

Каннер выделял следующие радикалы раннего детского аутизма:

• неспособность устанавливать отношения с людьми с начала жизни;

• крайняя отгороженность от внешнего мира, что проявляется в игнорировании раздражителей до тех пор, пока они не стали болезненными;

• недостаточность принятия позы готовности при взятии на руки;

• недостаточность коммуникативной речи;

• блестящая механическая память;

• эхолалии;

• крайняя буквальность в использовании слов;

• извращенное использование личных местоимений;

• нарушение пищеварения на первом году жизни;

• резкий страх определенных громких звуков и движущихся объектов;

• монотонное повторение звуков и движений;

• страх изменений в обстановке;

• однообразие спонтанной активности;

- монотонные механические игры с неигровыми предметами;
- впечатление хорошего интеллекта благодаря успешности в отдельных навыках и умному выражению лица;
- серьезное выражение лица, напряженное в присутствии людей и удовлетворенное при их уходе;
- хорошее физическое развитие.

М. Руттер, один из самых известных исследователей аутизма, обобщая и анализируя клинический опыт, сформулировал следующие критерии выраженных форм РДА, которых сегодня придерживаются многие исследователи проблем аутизма [Rutler, 1972]:

- глубокие нарушения в социальном развитии;
- задержка и нарушения развития речи вне связи с интеллектуальным уровнем;
- стремление к постоянству, проявляющееся в стереотипах;
- сверхпристрастие к объектам и сопротивление изменению окружающей среды;
- появление нарушений до 30 месяцев.

Здесь следует отметить, что в последнее время в последний пункт внесена поправка: период возникновения первых симптомов увеличен до 48 месяцев.

В. М. Башина выделяет несколько иные клинические радикалы аутистических синдромов у детей с РДА [Башина, 1974, 1999]:

- проявления отрешенности;
- неспособность к формированию общения;
- неспособность к осознанию посторонних персон и неодушевленных предметов (то есть явления так называемого протодиакризиса);
- отсутствие подражания;
- отсутствие реакций на комфорт и дискомфорт;
- монотонно-однообразный характер поведения, «симптомы тождества»;
- неравномерность созревания психической, речевой, моторной, эмоциональной и других сфер жизнедеятельности.

Все цитируемые нами исследователи свидетельствуют о том, что в поведении у детей-аутистов наблюдаются разнонаправленные аффекты, влечения, представления, отсутствует единство, внутренняя логика. У них ослаблена эмоциональная реакция на близких, вплоть до «аффективной блокады». Наблюдается недостаточная реакция на зрительные и слуховые раздражители, что придает таким детям сходство со слепыми и глухими.

Во внешнем облике, при обычной миловидности, обращает на себя внимание взгляд, обращенный в пустоту или внутрь себя («взгляд мимо», «взгляд через собеседника, через предметы» и т. п.).

Моторика детей с РДА отличается угловатостью, движения неритмичные, с тенденциями к моторной стереотипии в пальцах, кистях рук, ходьба на цыпочках, однообразный бег, прыжки с опорой не на всю ступню.

Речь обычно не направлена к собеседнику. В речевом общении отсутствует экспрессия, жестикуляция. Речь может быть и правильной, и косноязычной, лепетной. Мелодика речи нарушена, громкость голоса постоянно меняется. Произношение звуков самое разное: может быть как правильным, так и неправильным. Наблюдаются отклонения тональности, скорости, ритма, нет интонационного переноса, постоянны эхолалии, бессвязность, неспособность к диалогу. Долго сохраняется тенденция к манерному словотворчеству. Экспрессивная речь развивается с отставанием. Часты фразы-штампы, мутизм, разрыхленность ассоциаций. Имеет место смещение мыслей; исчезновение из фраз личных глагольных и местоименных форм: фраза обычно краткая с нарушениями грамматического и синтаксического строя.

У многих детей отмечаются нарушения инстинктов, инверсия цикла сон — бодрствование, выраженная избирательность в еде, извращенность аппетита, изменчивость мышечного тонуса.

Таким образом, создание психологической теории аутизма затруднено ввиду наличия таких факторов, как:

- многообразие аутистических проявлений у детей;
- широкий диапазон интеллектуальных и речевых нарушений;
- дискуссионность проблемы первопричины, которая определяет своеобразие психического развития детей с аутизмом.

Бесспорным является тот факт, что развитие ребенка, страдающего аутизмом, аномально уже на самых ранних этапах онтогенеза. Однако при выделении первичного дефекта при аутизме и ведущего патопсихологического синдрома исследователь неизбежно встречается с большими трудностями. Практика показывает, что определить специфические закономерности формирования психических функций при аутизме возможно только при сравнении психического развития этих детей с развитием здоровых детей.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ

Вариативность аутистических синдромов в детском возрасте от легких до тяжелых форм создает особые трудности в клинико-психологическом подходе к данной проблеме. Наблюдаемые при аутизме сложные сочетания общего психического недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций приводят к существенному искажению психического развития ребенка. Все это препятствует как психологической диагностике, так и психокоррекционной работе с аутичными детьми.

Обобщая данные исследований, которые были представлены нами в предыдущей главе, можно выделить следующие основные радикалы нарушений поведения у детей с аутизмом.

Прежде всего, можно говорить о *недостаточном или полном отсутствии потребности в контактах с окружающими, отгороженности от внешнего мира , и слабости эмоционального реагирования по отношению к близким,* даже к матери, вплоть до полного безразличия к ним («аффективная блокада»).

Следующим признаком является *неспособность дифференцировать людей и неодушевленные предметы.* Дети с РДА нередко хватают другого ребенка за волосы, толкают его, как куклу, что обычно интерпретируется как агрессия, в то время как такие действия указывают, прежде всего, на то, что ребенок плохо различает живые и неживые объекты.

Недостаточная реакция на зрительные и слуховые раздражители. Реакция ребенка на зрительные или слуховые сигналы — на первый взгляд, слабая — заставляет многих родителей обращаться к офтальмологу или сурдологу, однако она не связана с нарушением анализаторов. Дети с аутизмом бывают очень чувствительны к слабым раздражителям. Часто они не переносят тиканье часов, шум бытовых приборов, капанье воды из водопроводного крана.

Приверженность к сохранению неизменности окружающего (феномен тождества, по Л. Каннеру) проявляется у детей с аутизмом очень рано, даже на первом году жизни.

Пример

Родители ребенка с аутизмом рассказывали, что маленький Коля сосал импортную соску «беби-микс». Когда соска стала непригодна, отец вытащил ее изо рта спящего ребенка, выкинул в форточку и заменил обычной отечественной соской. Ребенок проснулся ночью, кричал, выплевывал новую соску. Родителям пришлось выйти на улицу и ночью искать старую соску под окнами.

Неофобий (боязнь всего нового) проявляются у детей-аутистов очень рано. Дети не переносят перемены места жительства, перестановки кровати, не любят новую одежду и обувь.

Однообразное поведение со склонностью к стереотипным, примитивным

движениям представлено такими действиями, как вращение кистей рук перед глазами, перебирание пальцев, сгибание и разгибание плеч и предплечий, раскачивание туловищем или головой, подпрыгивание на носках и пр.

Характерны разнообразные речевые нарушения: при тяжелых формах РДА наблюдается мутизм (полная утрата речи), у некоторых больных отмечается повышенный вербализм, который проявляется в избирательном отношении к определенным словам и выражениям — ребенок постоянно произносит понравившиеся ему слова или слоги.

Своеобразное зрительное поведение находит отражение в непереносимости взгляда в глаза, «бегающем взгляде» или взгляде мимо. Характерно преобладание зрительного восприятия на периферии поля зрения. Например, от ребенка-аутиста очень трудно спрятать необходимый ему предмет, многие родители и педагоги даже отмечают, что ребенок «видит предметы затылком» или «сквозь стенку».

Однообразные игры у детей с аутизмом представляют собой стереотипные манипуляции с неигровым материалом (веревками, гайками, ключами, бутылками и пр.). В некоторых случаях используются игрушки, но не по назначению, а как символы тех или иных объектов. Дети с аутизмом могут часами однообразно вертеть предметы, перекладывать их с места на место, переливать жидкость из одной посуды в другую.

Пример

Любимым занятием 4-летней девочки с синдромом раннего детского аутизма было переливание воды на даче из одной бочки в другую. Попытки бабушки отвлечь девочку от таких занятий вызывали у нее бурный протест в виде плача, крика, падения на землю с битьем головой и ногами.

Дети с аутизмом *активно стремятся к одиночеству,* чувствуют себя значительно лучше, когда их оставляют одних. Контакт с матерью у них может быть различным. Наряду с индифферентностью, когда дети не реагируют на присутствие или отсутствие матери, возможна также симбиотическая форма контакта, когда ребенок отказывается оставаться без матери, "выражает тревогу, если она отсутствует, хотя никогда не бывает ласков с ней.

Аффективные проявления у детей с аутизмом бедны и однообразны. Аффект удовольствия возникает у ребенка чаще всего тогда, когда он остается один и занят вышеописанными стереотипными играми.

Интеллектуальные нарушения у детей с РДА разнообразны. Поданным психометрических исследований, у детей с синдромом РДА в 55—60% случаев наблюдается умственная отсталость, у 15—20% имеет место легкая интеллектуальная недостаточность, и только 15—20% имеют нормальный интеллект [Каган, 1981]. Как подчеркивает В. Е. Каган, интеллектуальная деятельность при РДА неравномерна. Как правило, невербальные задания выполняются менее успешно, чем вербальные. Интеллектуальные способности в значительной степени определяются клинической формой аутизма, его этиологией и патогенезом.

Обобщая перечисленные поведенческие феномены и интерпретируя их с точки зрения психологических особенностей развития, исследователи выделяют три основные дефицитарные сферы у детей с аутизмом, а именно:

1) коммуникативная сфера;
2) эмоциональная сфера;
3) сфера социальных отношений.

В настоящее время существует значительное количество клинико-психологических и психологических концепций раннего детского аутизма.

Особый интерес представляет концепция, возникшая в русле психоаналитической теории. М. Малер и Б. Беттельхейм рассматривали аутизм как результат раннего психогенного воздействия, обусловленного безразличным, холодным отношением со стороны матери [Mahler, 1972; Беттельхейм, 2004]. Специфическое нарушение родительско-детских отношений, по мнению авторов этой концепции, приводит к

патологическому развитию личности.

Однако результаты многочисленных исследований больных аутизмом указывают на органические и генетические факторы, влияющие на формирование раннего детского аутизма и аутистических тенденций у ребенка. Более того, изучение особенностей взаимодействия матерей с детьми, страдающими аутизмом, позволило опровергнуть утверждение о том, что личностные особенности матерей и их негативное отношение к ребенку выступают причиной развития болезни [Kanner, 1943; Каган, 1981; Никольская и др., 1990; Печникова, 1997].

Другие концепции РДА делают акцент на аффективных расстройствах. Отечественными и зарубежными исследователями подчеркивается ведущая роль эмоциональной недостаточности в структуре психического дефекта у детей с аутизмом [Башина, 1977; Каган, 1981; и др.]. Авторы отмечают у них повышенную сензитивность, качественное своеобразие и задержку развития эмоциональной сферы. Л. Десперт в своих исследованиях отмечает, что у детей с ранним детским аутизмом наблюдаются трудности понимания эмоций окружающих, недостаток интуиции [Despert, 1971].

Определяющая роль эмоциональных нарушений в формировании аутизма подчеркивается и в теории Р. П. Хобсона [Hobson, 1986, 1989]. Автор рассматривает аутизм преимущественно как аффективное расстройство с нарушением межличностных отношений. По его мнению, для аутизма типично врожденное отсутствие способности воспринимать аффективную экспрессию других и отвечать на нее. В процессе экспериментальных исследований было выявлено, что дети с аутизмом испытывают существенные трудности в оценке эмоционального выражения лиц. В связи с такими затруднениями ребенок с аутизмом не получает необходимого социального опыта. С другой стороны, аффективные нарушения, наблюдаемые у детей с аутизмом, приводят к неполноценности когнитивных структур, необходимых для нормального общения. Однако, подчеркивая роль эмоциональных расстройств при аутизме и объясняя ими основные проблемы, возникающие у этих детей, исследователь подчеркивает и первичность специфического когнитивного дефицита, что проявляется у детей с аутизмом в особенностях восприятия и переработки информации, а именно в трудностях синтеза воспринимаемых элементов.

Коммуникативные проблемы у детей с аутизмом некоторые специалисты объясняют нарушением способности имитации лицевой экспрессии [Meltyff, Gopnik, 1993]. Как показали экспериментальные исследования, здоровые новорожденные обладают способностью имитировать видимую мимическую экспрессию, что указывает на наличие у младенца врожденной супрамодальной схемы тела, объединяющей зрительную и проприоцептивную информацию. Имитируя аффективную экспрессию взрослого, ребенок начинает испытывать те же эмоции. Так возникает «эмоциональное заражение», позволяющее ребенку идентифицировать взрослого как «нечто похожее на него самого». Авторы полагают, что при аутизме эта врожденная система имитации повреждена, что и приводит к нарушению взаимодействия с миром.

Другие теории связывают причины аутизма с *первичным когнитивным дефицитом.*

Одной из наиболее известных концепций является теория У. Фрит, построенная на результатах наблюдений экспериментальных исследований [Frith, 1992]. Автор предположила, что аутизм характеризуется специфическим дисбалансом в интеграции информации. По ее мнению, нормальный процесс переработки информации заключается в тенденции сводить разрозненную информацию в единую картину, связанную общим контекстом или «центральной связью» («central coherence»). У. Фрит считает, что при аутизме нарушается именно это универсальное свойство процесса переработки информации человеком. В то время как нормальные субъекты интерпретируют информацию, исходя из контекста, в котором предъявлены стимулы, больные аутизмом свободны от такого «контекстуального принуждения».

В последнее время большой популярностью пользуется теория распознавания

психических состояний, или теория намерений («theory of mind») [Baron-Cohen, Leslie, Frith, 1985]. Авторы этой теории утверждают, что триада поведенческих нарушений при аутизме (эмоциональные, коммуникативные и социальные проблемы) обусловлена повреждением фундаментальной человеческой способности понимать намерения других людей («mind-read»).

В основе данной теории лежит предположение о том, что способность определять чувства, желания и намерения людей по внешним проявлениям имеет эволюционную ценность для человечества с точки зрения возможностей адаптации к условиям внешней среды. Согласно данной теории, все люди от природы способны определять психическое состояние другого человека по его внешнему выражению.

Здоровые дети приблизительно в возрасте четырех лет начинают понимать, что люди имеют убеждения и желания («ментальные состояния») и что именно они детерминируют поведение. «Мы, — отмечают развивающие данную теорию исследователи, — постоянно интерпретируем едва уловимые признаки, по которым нам удается восстановить полную картину наших знаний о суждениях и намерениях других людей. Мы делаем это автоматически, почти не прикладывая к этому сознательных усилий. *(...)* Представим себе такую ситуацию: через десять минут после начала урока в класс заходит ученик, который оглядывается по сторонам, после чего выходит из класса. Как вы можете объяснить его поведение? Умея понимать психическое состояние другого человека, вы можете сделать следующее предположение: „Возможно, он пытался найти потерянную им книгу, которая, как он думал, могла находиться в этом классе" — или — „Возможно, он хотел найти друга, который занимается в этой группе, но вспомнил, что тот сегодня не пошел в школу". Несомненно, вам без труда удастся выдвинуть множество версий, объясняющих поведение ученика, и все они будут основываться на предположениях, характеризующих его возможные психические состояния... Вероятно, вы не будете на сто процентов уверены в правильности ваших версий, однако, по всей видимости, для вас не составит никакого труда сделать подобные предположения» [Мэш, Вольф, 2003, с. 343].

По мнению Барон-Коэн, Лесли и Фрит, у детей с аутизмом эта способность отсутствует, что приводит к нарушению развития воображения и формирования коммуникативных и социальных навыков. Это было подтверждено экспериментальными исследованиями. Авторами этой теории были разработаны специальные тесты, с помощью которых удалось показать, что большинство больных аутизмом несостоятельны в понимании желаний, намерений, знаний и т.п. других людей [Baron-Cohen, Leslie, Frith, 1985].

Заслуживают особого внимания исследования отечественных психологов. Опираясь на данные, накопленные другими учеными, и используя свой собственный экспериментальный опыт, В. В. Лебединский с соавторами [1990] предложили рабочую гипотезу, позволяющую представить механизмы психических расстройств у детей с ранним детским аутизмом, препятствующие их нормальному психическому развитию. Согласно их концепции, биологическая недостаточность создает особые патологические условия, к которым вынужден приспосабливаться аутичный ребенок. С момента рождения наблюдается типичное сочетание двух патогенных факторов:

• нарушения возможности активно взаимодействовать со средой, что проявляется в сниженном жизненном тонусе;

• снижения порога аффективного дискомфорта в контактах с миром, которое находит отражение в болезненных реакциях на обычные раздражители и повышенной ранимости при контактах с другим человеком.

Оба указанных фактора действуют в одном направлении, препятствуя развитию активного взаимодействия со средой и создавая предпосылки для усиления самозащиты. Аутизм, по мнению авторов, развивается не только потому, что ребенок раним и мало вынослив в эмоциональном отношении. Многие проявления аутизма интерпретируются

как результат включения защитных и компенсаторных механизмов, позволяющих ребенку устанавливать относительно стабильные, хотя и патологические, взаимоотношения с миром. В рамках данной концепции искажение развития когнитивных функций считается следствием нарушений в аффективной сфере. Особенности формирования моторных процессов, восприятия, речи и мышления непосредственно связываются с рано возникшими грубыми эмоциональными расстройствами.

Среди основных расстройств при аутизме авторы выделяют:

- дефицит психической активности ребенка;
- нарушение инстинктивной сферы;
- нарушение сенсомоторных функций;
- нарушение двигательной сферы и речи.

Все эти нарушения авторы подразделяют на две основные группы, в зависимости от причин, лежащих в их основе:

1) нарушения, обусловленные недостаточностью регуляторных систем (активирующей, инстинктивно-аффективной);

2) нарушения, обусловленные дефицитарностью анализаторных систем (гностических, речевых, двигательных).

Клинико-психологический анализ показал, что у детей с недостаточностью регуляторной системы в структуре психического дефекта наблюдается слабая концентрация внимания, слабость моторного тонуса, нарушения восприятия, а именно его выраженная аффективная окраска. Их поведение отличается выраженной парадоксальностью. Находясь в постоянном сенсорном дискомфорте, дети пытаются компенсировать его аутостимуляцией. Это могут быть визуальные аутостимуляции, когда ребенок постоянно моргает, смотрит на источник света, водит пальцами перед глазами. Слуховые стимуляции проявляются в том, что ребенок постоянно щелкает пальцами, слегка ударяет по ушам, издает голосовые звуки, стучит по столу. Тактильные стимуляции представлены в постоянных почесываниях кожи руками или каким-либо предметом. Вестибулярные стимуляции заключаются в раскачивании из стороны в сторону или взад и вперед. Вкусовые аутостимуляции проявляются в том, что ребенок засовывает предметы в рот, лижет или грызет их. Обонятельные имеют место, когда ребенок нюхает предметы или обнюхивает людей.

Причины аутостимуляции и стереотипий у детей с аутизмом окончательно не установлены. Существует несколько гипотез. Ряд авторов считает, что аутостимуляции у аутичных детей являются средством возбуждения нервной системы. Некоторые исследователи считают, что аутостимуляция возникает у ребенка с целью блокирования избыточных раздражителей и контроля за уровнем своего возбуждения. Авторы других гипотез утверждают, что стереотипии служат детям с аутизмом источником психологического подкрепления [цит. по: Мэш, Вольф, 2003, с. 340].

Непреодолимая тяга детей с аутизмом к грязи, воде или огню является важным компенсаторным механизмом, направленным на смягчение эмоционального дискомфорта. Отрицательная эмоциональная доминанта почти постоянно присутствует у детей с аутизмом и является причиной того, что эти дети воспринимают окружающий мир как набор отрицательных аффективных признаков. Это обусловливает такие часто наблюдаемые состояния у детей, как диффузная тревога и немотивированные страхи [Лебединский, 1985; Лебединский, Никольская, Баенская, Либлинг, 1990; Лебединская, Никольская, 1991].

Резюмируя все вышесказанное, выделим основные радикалы раннего детского аутизма:

- дефицит потребности в общении, который в значительной степени зависит от степени тяжести РДА;
- аффективная дезадаптация — при всех степенях тяжести у детей с РДА;
- выраженные нарушения поведения вследствие недоразвития регуляторных

функций;

- значительная вариабельность и специфичность интеллектуального и речевого развития.

Список литературы

1. *Башина В. М.* Аутизм вдетстве. М.: Медицина, 1999. 236с.
2. *Башина В. М.* Клиника ранней детской шизофрении: (Клинико-катамнестическое исслед.): Авто-реф. лис.... д-ра мед. наук. М., 1977.41 с.
3. *Башина В. М.* О синдроме раннего детского аутизма Каннера // Журнал невропатологии и психиатрии. 1974. Вып. 10: 1538-42.
4. *Башина В. М.* Ранний детский аутизм//http://autist.narod.ru/bashina.htm.
5. *Башина В. М.* Ранняя детская шизофрения: Статика и динамика. М.: Медицина, 1980. 248 с.
6. *Башина В. М.* Ранняя детская шизофрения (статика и динамика) // http://psychiatry.ru/library/lib.
7. *Башина В. М., Козлова И. А., Ястребов В. С, Симашкова Н. В. и др.* Организация специализированной помоши при раннем детском аутизме: (Методические рекомендации). М., 1989.
8. *Башина В. М., Пивоварова Г. Н.* Синдром аутизма у детей // Журнал невропатологии и психиат-. рии, 1970. Т. 10. Вып. 6. С. 941-943.
9. *Беттелъхейм Б.* Пустая крепость: Детский аутизм и рождение Я / Пер. с англ. М.: Академический Проект: Традиция, 2004. 783 с.
10. *Блейер Е.* Аутистическое мышление. Одесса: Пол!граф, 1927. 81 с.
11. *Бобкова К. А.* К вопросу об интеллектуальных расстройствах при шизофрении в пубертатном возрасте // Вопросы психоневрологии детей и подростков. Т. 3. Л., 1936. С. 63—87.
12. Волна аутизма. Vesti.ru. 27.12.2002//http://psychology.net.ru/news/content/1041017419.html.
13. *Вроно М. Ш., Башина В. М.* Синдром Каннера и детская шизофрения // Журнал невропатологии и психиатрии. 1975. Т. 75. Вып. 9. С. 1379.
14. *Выготский Л. С.* К проблеме психологии шизофрении // Советская невропатология, психиатрия и психогигиена. 1932. Т. 1. Вып. 8. С. 352-364.
15. *Выготский Л. С.* Мышление и речь. М.; Л.: Соцэкгиз, 1934. 323 с.
16. *Гиляровский В. А.* Профилактика нервных и психических болезней детского возраста // Гиляровский В. А. Профилактика нервных и психических заболеваний. М., 1928.197 с.
17. *Гуревич М. О.* Психопатология детского возраста. М.: Гос. мед. изд., школа ФЗУ им. Арт. Халатова, 1932.229 с.
18. *Гуревич М. О.* Психопатология детского возраста. М.: Госиздат, 1932.231 с.
19. *Иванов Е. С.* Детский аутизм: Диагностика и коррекция: Учеб. пособие / Е. С. Иванов, Л. Н. Де-мьянчук, Р. В. Демьянчук; МУСиРим. Р. Валленберга, Ин-тспеи. педагогики и психологии. СПб.: Дидактика Плюс, 2004.
20. *Иванов J. С.* Спорные вопросы диагностики раннего детского аутизма // Детский аутизм: Хрестоматия. СПб.: МУСиР им. Р. Валленберга, 1997.
21. *Каган В.* J. Аутизм у детей. Л.: Медицина, 1981.208 с.
22. *Карвасарская И. Б.* В стороне: Из опыта работы с аутичными детьми. М.: Теревинф, 2003.70 с.
23. *Ковалев В. В.* Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М.: Медицина, 1985. С. 153-238.
24. *Лебединская К. С.* Клинико-психологический подход к проблеме раннего детского аутизма в СССР. М., 1979.
25. *Лебединская К. С, Никольская О. С.* Диагностика раннего детского аутизма. М.: Просвещение, 1991.
26. *Лебединский В. В.* Нарушение психического развития у детей. М , 1985.
27. *Лебединский В. В., Никольская О. С, Баенская Е. Р., Либлинг М. М.* Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. М., 1990.
28. *Ломов Б. Ф.* Методологические и теоретические проблемы психологии. М.: Наука, 1984. 445 с.
29. *Мамайчук И. И.* Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. СПб.: Речь, 2001.218 с.
30. Международная классификация болезней (МКБ-10): Классификация психических и поведенческих расстройств. СПб.: АДИС, 1994. 300 с.
31. *Мнухин С. С, Исаев Д. Н.* //Актуальные вопросы клинической психопатологии и лечения психических заболеваний / Под ред. С. С. Мнухина.Л., 1969. С. 122-131.
32. *Мнухин С. С, ЗеленецкаяА. Е., Исаев Д. Н.* Осинлроме «раннего детского аутизма», или синдроме Каннера у детей//Журнал невропатологии и психиатрии. 1967.№ 10. С. 1501—1506.
33. *Мэш Э., Вольф Д.* Детская патопсихология: Нарушения психики ребенка / Пер. 3-е междунар. изд. СПб.: Прайм-еврознак; М.: Олма-Пресс| 2003. 511с.
34. *Никольская О. С, Баенская Е. Р., Либлинг М. М.* Аутичный ребенок: Пути помощи. М.: Теревинф, 1997.342 с.
35. *Никольская О.* С, *Баенская Е. Р., Либлинг М. М.* Дети и подростки с аутизмом: Психологическое сопровождение. М.: Теревинф, 2005. 224 с.
36. *Озерецкий Н. И.* Психопатология детского возраста. Л.: Учпедгиз. Ленингр. отд-ние, 1938. 328 с.
37. *Осипов В. П.* Курс общего учения о душевных болезнях. Берлин: Госиздат, 1923. 738 с.
38. *Осипова Е. А.* К вопросу о сужении группы конституциональных психопатий // Вопр. детской психиатрии. М., 1940.
39. *Печникова Л. С.* Особенности материнского отношения к детям с ранним детским аутизмом: Ав-тореф. лис.... канд. психол. наук. М., 1997.
40. *Попов Ю. В., Вид В. Д.* Современная клиническая психиатрия. М.: Экспертное бюро, 1997. 496 с.
41. Психотерапия детей и подростков / Под ред. Х. Ремшмидта. М.: Мир, 2000. 656 с.
42. Ранний детский аутизм / Под ред. Т. А. Власовой, В. В. Лебединского, К. С. Лебединской (ротапринт). М., 1981.112 с.
43. *Симеон Т. П.* Невропатии, психопатии, реактивные состояния младенческого возраста. М.;Л., Гос. мел. изл-во, 1929. 256 с.
44. *Соловьева 3. А.* К вопросу о негативной фазе развития в пубертатном возрасте // Вопр. психоневрологии детей и подростков. Л., 1936. Т. 3. С. 43-60.
45. *Сухарева Г. Е.* Шизоидные психопатии в детском возрасте // Вопр. педологии и детской психоневрологии. М., 1925. Вып. 2. С. 157-187.
46. *ШипицынаЛ. М.* Детский церебральный паралич: Хрестоматия: Учеб. пособие для студентов высш. и сред, лед., психол. и мед. учеб. заведений /Л. М. Шипицына, И. И. Мамайчук; Ин-т спец. педагогики и психологии МУСиР им. Р. Валленберга. М.: Дидактика Плюс: Ин-т общегуманитарных исслед., 2003. 519 с.
47. *Anthony E.* An experimental approach to the psychopathology of childhood autism. Brit. J. Med. Psycho)., 1958. Vbl. 31. P. 211.

48. ***Asperger H.*** **Die «Autistischen Psychopaten» im Kindesalter // Arch. Psychiat. Nervenkr. 1944. Vol. 117. S. 76-136.**

49. ***Baron-Cohen S., Leslie A. M., Frith U.*** **Does the autistic child have a «theory of mind»?// Cognition. 198S. Vol. 21. N1. P. 37-46.**

50. ***Campbell M., Schay J.*** **Pervasive Developmental Disorders //Kaplan H. I., Sadock B. J. (Eds.) Comprehensive Textbook of Psychiatry. 6th ed. Baltimore: Williams and Willcins, 1995. P. 2277-93.**

51. ***Despert L.*** **Reflections on early infantile autism. J. Autism. A Child Schisoph., 1971, \bl. 4. P. 363.**

52. ***Frith*** **J/. Cognitive development and cognitive deficit //The psychologist. 1992.N5.P. 13-19.**

53. ***Gillberg C.*** **Autism and autistic-like conditions // Aicardi J. Diseases of the Nervous System in Childhood. London: Mac Keith Press; 1992. P. 1295-1320.**

54. ***Gillberg C*** **Autism: neurobiological correlates // Current Opinion in Psychiatry. 1989; 2:93-97.**

55. ***Gillberg C, Coleman M.*** **The Biology of the Autistic Syndromes // Clinics in Developmental Medicine. Mac Keith Press, 1992. N 126. P. 317.**

56. ***Haznedar M., Buchsbaum M. S., Wei T.-C. etal.*** **Am J. Psychiatry. 2000; 157(12): 1994-2001.**

57. ***Hobson R. P.*** **Beyond the cognition: the theory of autism // Autism: nature, diagnosis and treatment. N. Y: Guildford press, 1989.**

58. ***Hobson R. P.*** **The autistic child's appraisal of expression of emotion //J. of child psychology and psychiatry. 1986. Vol. 27. P. 321-342.**

59. ***KannerL.*** **Autistic disturbances of affective contact// Nervous Child. 1943. Vol. 2. P. 217.**

60. ***Krevelen van Am. D.*** **On the relationship between Early Infentile autism and autistic Psychopathy // Acta Paedopsychiatrica. 1963. \fel. 30. N 9-10. P. 303-323.**

61. ***Lutz I.*** **Toward better understanding of infantile autism as a disturbance of Ego activity and Ego imprint // Int. J. Ment. Health. 1974. Vol. 3. N 1. P. 74.**

62. ***MahlerM. S.*** **Symbiose und Individuation. Stuttgart: Klett, 1972.**

63. ***Mahler M., Purer M., Settlage C.*** **Sever Emotional Disturbances in Childhood: Psychosis The Syndrome of Infantile Autism (Kanner)//American Handbook of Psychiatry. N.Y., 1959. Vol. 1. P. 824-830.**

64. ***MeltyffA. N., Gopnik A.*** **The role of imitation in understanding persons and developing a theory of mind // Understanding other minds: perspectives from autism. Oxford, 1993.**

65. ***Nissen G.*** **Early infantile autism // Arch. Psychiat. Nervecr., 1963. \fol. 204, N 6. P. 531.**

66. ***Rimland B.*** **infantile autism. New York: Appleton Center-Crafts. 1964.**

67. ***Rutter M.*** **Child schizophrenia reconsidered // J. Autism. Child Schizophrenia. 1972. Vol. 4. P. 315.**

68. ***Rutter M., Maughan B., Martimore P., Outston J.*** **Fifteen Thousand Hours: Secondary Schools and Their Effects on Children. Cambridge, Massachusetts. Harvard University Press, 1979.**

69. ***Smalley S. L.*** **Autism and genetic. Autismus bei Kindern. Berlin; Hamburg, 1988.**

70. ***Weber D.*** **Autistische syndrom // Psychiatrie der Gegenwart. Berlin: Springer, 1988. Vol. 7. S. 57-87.**

71. ***WingL.*** **Early childhood autism. Oxford, 1976.**

Часть 2

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПРИ РАННЕМ ДЕТСКОМ АУТИЗМЕ

Глава 4
ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ

Психиатры и психологи давно заметили, что первые проявления раннего детского аутизма обнаруживаются еще в грудном возрасте. В доступной нам литературе мы не нашли экспериментальных исследований и наблюдений за младенцами с аутизмом. Вместе с тем на первом году жизни очень важна правильная оценка эмоциональных реакций ребенка.

Одной из основных регуляторных систем, обеспечивающих жизнедеятельность организма, является эмоциональная сфера. Многочисленные исследования отечественных и зарубежных психофизиологов показали, что эмоциональные процессы имеют сложнейшую морфофункциональную основу [Анохин, 1975; Симонов, 1981; Рейковский, 1979; и др.]. Ответственными за эмоциональное поведение являются ретикулярная формация, ствол мозга, таламус, гипоталамус, старая и новая кора. Взаимоотношения между составляющими этой сложной системы, их функциональные состояния, способы связи каждой из ее структур с другими образованиями, особенно с корой больших полушарий, определяют характер и выраженность эмоциональных реакций человека в конкретной ситуации.

В развитии эмоциональных реакций важную роль играют подкорковые структуры мозга. Однако многочисленные исследования нейрофизиологов показали, что не следует переоценивать значение филогенетически старых мозговых образований в сложных формах эмоционального поведения человека. Например, аффективные проявления, возникающие у человека при поражениях подкорковых образований, не имеют жесткой связи с психическими состояниями. В многочисленных экспериментах было показано, что при поражении стволовых отделов мозга у больных возникали своеобразные псевдоаффективные реакции. Это могло проявляться в насильственном смехе, плаче с бурными мимическими и вегетативными реакциями. Однако все это протекало без соответствующих субъективных переживаний человека, то есть возбуждение отдельных участков мозга само по себе недостаточно для эмоционального переживания. Высший контроль над эмоциональным поведением у человека, также как и у млекопитающих, осуществляется на кортикальном уровне. С функциями коры больших полушарий головного мозга связаны наиболее сложные и тонко организованные формы эмоционального поведения человека [Лурия, 1973]. Кортикальное управление эмоциональными процессами обнаруживается в известном умении человека намеренно снижать или, наоборот, усиливать эмоциональный тонус организма, произвольно управлять своими эмоциональными реакциями.

Эмоции как важнейший компонент целостного поведения человека с возрастом претерпевают существенные изменения. Эмоциональное поведение ребенка формируется по мере приобретения жизненного опыта, под влиянием обучения и воспитания.

У *новорожденного* ребенка наблюдается крайняя диффузность эмоциональных реакций, которые отражают его психофизиологические состояния. Первые эмоциональные реакции младенца связаны с его органическими потребностями в пище, тепле, сне, общем комфорте. Однако наряду с органическими потребностями у младенца

имеется потребность в восприятии, эмоциональном контакте с матерью. Эти потребности обусловливают общее активное состояние организма младенца. Некоторые авторы отмечают, что в первые месяцы жизни у младенцев трудно обнаружить дифференцированные эмоциональные проявления в ответ на направленные внешние воздействия. Еще В. Штерн называл эти реакции комплексом чувственных эмоциональных состояний [Stern, 1923]. Важнейшим стимулом в возникновении эмоциональных реакций у младенца является общение со взрослым, особенно с матерью. Психологи давно обратили внимание на то, что присутствие матери вызывает у младенцев так называемый «комплекс оживления». Если взрослый наклонился к ребенку и ласково обратился к нему, прикоснулся, то в ответ у малыша возникает реакция сосредоточения: он замолкает, не двигается, внимательно рассматривает его, широко раскрывая глаза, а затем появляется улыбка. Большинство детей в этом возрасте реагируют комплексом оживления на контакт с любым взрослым, не различая «своих» и «чужих». Уже с четырех месяцев здоровый ребенок все чаще реагирует общим комплексом оживления на появление матери, на ее голос, улыбку.

Особый интерес для понимания развития эмоциональной сферы ребенка представляет теория привязанности английского психолога Джона Боулби, [2003].
Согласно наблюдениям автора, дети раннего возраста демонстрируют «привязывающие» модели поведения («attachment behaviors») — жесты, сигналы, которые обеспечивают и поддерживают их близость к взрослым (родителям или опекунам). По его мнению, частота этих реакций ребенка еще не может свидетельствовать о привязанности, так как такие же реакции могут появляться у младенца и на предметы, незнакомые лица и пр. Автор подчеркивал, что о привязанности можно судить только тогда, когда наблюдается организация этих реакций с учетом определенного лица. К числу «привязывающих» сигналов можно отнести плач малыша, отражающий его дискомфорт (боль, испуг, ощущение голода и пр.), а также улыбку, лепет, сосание, захват и исследование предметов. Все они подвержены изменению в течение первого года жизни. Так, развитие улыбки ребенка проходит четыре основные стадии [Боулби, 2003, с. 312-313].

Стадия 1 — спонтанно возникающая и рефлекторная улыбка. Описание этой стадии построено на исследованиях П. Вулфа [Wolff, 1963], который проводил скрупулезные наблюдения за улыбкой восьми младенцев сначала в родильном доме, а затем в их семьях на протяжении первого года их жизни. Пять дней в неделю по 4 часа и один день по 10 часов Вулф регистрировал эмоциональные проявления малышей и проводил запланированные эксперименты, связанные со всеми формами социально значимого поведения. Оказалось, что в первые две недели жизни единственным состоянием, которое может вызывать у младенца улыбку, является состояние спокойного, но прерывистого сна. Однако уже к концу второй недели улыбка может появиться, когда младенец сыт, а его глаза открыты. Слабую улыбку в этот период уже вызывает легкое поглаживание щеки или живота ребенка, воздействие мягкого света, направленного в глаза, или тихий звук. К концу второй недели улыбку вызывает чаще человеческий голос, чем звук колокольчика или погремушки. Однако все улыбки ребенка — как вызванные, так и спонтанные — носят мимолетный или неполный характер, то есть не имеют функционального значения.

Стадия 2 — социальная улыбка, адресуемая любимому человеку. Начало этой стадии обычно приходится на 14-й день жизни ребенка, однако характерные на данном этапе проявления четко устанавливаются к концу пятой недели. В этот период происходит значительное снижение числа стимулов, вызывающих улыбку. Эффективными становятся, главным образом, те стимулы, которые связаны с голосом и лицом человека. Вулф обнаружил, что к концу четвертой недели женский голос действует настолько эффективно, что может вызвать у ребенка улыбку, даже когда тот плачет или сосет молоко из бутылочки. До конца четвертой недели зрительные стимулы все еще практически не играют никакой роли в появлении улыбки. С пятой недели привычным стимулом, вызывающим улыбку, становится лицо человека. Улыбка ребенка приводит к

функциональному результату, который выражается в ласковой и «нежной» ответной реакции собеседника.

Стадия 3 — избирательно направленная социальная улыбка. Знакомое лицо человека, который ухаживает за малышом, начинает вызывать у него широкую улыбку. Она возникает быстрее при виде знакомых ребенку лиц. Когда в ответ на свою улыбку малыш получает нежность и ласку, он начинает улыбаться более интенсивно.

Стадия 4 — избирательно направленные социальные реакции. На этой стадии ребенок улыбается знакомым людям, особенно во время игры с ними или приветствия их. К незнакомым людям он относится по-разному: может испуганно убежать, нерешительно поприветствовать или подарить дружелюбную улыбку, обычно посылаемую с безопасного расстояния.

Кроме улыбки, важную роль в социальном взаимодействии младенца играют его *плач* и *лепет.*

На первом году жизни активно формируются выразительные голосовые реакции ребенка. По вокальным различиям плача младенцев матери легко определяют состояние голода, боли, удовольствия.

В исследованиях психологов выделены следующие функциональные характеристики плача младенцев:

- экспрессивная функция: отражение отрицательных эмоций;
- коммуникативная функция;
- интерактивная функция: взаимодействие, основанное как на совпадении мотивов, так и на их разобщенности.

В исследованиях отечественных и зарубежных психологов показано, что если улыбка является инструментом для налаживания взаимодействия младенца с окружающими людьми, то криком и плачем он помимо того, что информирует о своем состоянии дискомфорта, еще и сообщает о желании общения с матерью. Плач младенца является информативным также и по содержанию. Вулф описал несколько разновидностей плача младенцев: плач от голода (начинается постепенно и становится ритмичным); плач от боли (внезапный и лишенный какой-либо ритмичности); плач-негодование (пронзительный звук); плач, типичный преимущественно (или исключительно) для детей с поражением мозга (особенно трудно переносимый для тех, кто общается с ребенком) [цит. по: Боулби, 2003, с. 323].

Другие авторы различают плач-жалобу, плач-требование, плач-каприз, плач-недовольство, гнев, протест [Захаров, 1996]. В зависимости от возраста ребенка и ситуации взаимодействия каждый вид плача несет различную смысловую нагрузку. Например, плач-требование может быть направлен на удовлетворение потребности в пище, а также в общении. Плач-протест, выражающий недовольство, может быть вызван состоянием дискомфорта, тугим пеленанием или уходом матери от кроватки.

Таким образом, плач младенца и улыбка становятся ведущими средствами его общения со взрослыми. С одной стороны, плач является негативной реакцией, отражающей эмоциональное состояние ребенка, с другой — представляет собой его предречевую активность. В первом случае плач выполняет экспрессивную функцию, благодаря которой ребенок выражает свое эмоциональное состояние, используя голосовые проявления, мимику, пантомимику. Во втором случае интонационная структура плача заключает в себе коммуникативную функцию, посредством которой ребенок передает матери информацию о своих потребностях и выражает свое отношение к ее действиям. Плач становится социально детерминированным. В то же время он выполняет функцию интерактивную, так как между матерью и ребенком совершается процесс взаимодействия, направленный на опредмечивание его нужд и на устранение причин, их вызывающих [Кушнир, 1994].

В первые недели жизни младенцы избирательно реагируют на эмоциональную окраску речевого сообщения, обращенного к ним. Согласно наблюдениям П. Вулфа,

начиная с шестой недели «путем имитации звуков голоса младенца можно вызвать обмен десятью-пятнадцатью вокализациями». К этому времени голос матери действует на младенца эффективнее, чем голос другого человека [цит. по: Боулби, 2003, с. 321]. Лепет младенца могут вызвать не только слуховые, но и зрительные стимулы. С момента появления у младенца улыбки при виде подвижного человеческого лица он начинает лепетать также регулярно, как и улыбаться. К четвертому месяцу младенец может издавать уже много разнообразных звуков. С этого времени одни звуки произносятся ребенком чаще, чем другие, а во второй половине первого года жизни малыш отчетливо проявляет склонность к выбору интонаций и модуляций голоса своего «собеседника» [Боулби, 2003, с. 324].

Младенец активно реагирует и на прослушивание собственного голоса, записанного на магнитофонную пеленку. При прослушивании своего голоса младенец может успокоиться, даже если он только что неудержимо плакал.

Большое значение в процессе взаимодействия с младенцем играют особенности действий матери по отношению к ребенку. Как отмечала отечественный психолог М. И. Лисина [1986], действия матери по отношению к ребенку всегда чуть опережают его потребности. Сначала мать включает ребенка в различные виды деятельности, в которых он усваивает первые связи диады «мать — ребенок», а затем приобретенное в процессе общения с матерью переходит в потребность, и в дальнейшем малыш уже сам проявляет активность для ее удовлетворения. Автор подчеркивает, что, кормя ребенка грудью, мать удовлетворяет не только его потребность в пище, но и «сосательную потребность», а также потребность в телесном контакте, который стимулирует развитие температурной, тактильной, вкусовой, обонятельной чувствительности новорожденного. Кроме того, она индуцирует в ребенке те эмоциональные состояния, которые сама переживает в моменты общения с ним. В ситуации бодрствования мать также стимулирует у малыша различного рода чувствительность, удовлетворяет его аффективную потребность, создает благоприятные условия для импульсивных движений ребенка. Малыш сначала приобретает сенсорный и аффективный опыт, затем его поведение приобретает инструментальный характер: действия и экспрессивные реакции ребенка становятся уже средством обращения к матери.

Анализируя генезис общения «мать — младенец», М. И. Лисина подчеркивала: «Первый месяц— это как раз тот этап жизни, когда совершается первоначальная подготовка младенца к контактам с окружающими людьми и происходят события, имеющие первостепенное значение для всего его последующего развития. (...) Кроме организации атмосферы общения, мать устанавливает с ним практические „сигнальные связи". Частое чередование движений младенца и ответного поведения матери быстро приводит к установлению между ними действительных связей. У ребенка складываются дифференцированные способы выражения некоторых своих нужд и состояний, а мать научается правильно их расшифровывать. (...) Начиная со второго месяца жизни, младенец не только воспринимает воздействия взрослого и реагирует на них — он постепенно овладевает также и способностью выступать инициатором взаимодействия со взрослыми» [Лисина, 1986].

С шести месяцев у ребенка начинают проявляться позитивные эмоциональные реакции при восприятии различных игрушек и действиях с ними. В девять-десять месяцев младенец радостно тянется к матери, выражая свое удовольствие от ее присутствия. Появление чужого человека может вызвать у него настороженность, удивление, а при попытке постороннего приблизиться к ребенку или взять его на руки он нередко отвечает оборонительными движениями головы, рук, громким плачем.

С помощью плача, улыбки, мимики младенец научается поддерживать свою близость с матерью или опекуном. Вместе с тем, как справедливо отмечал Дж. Боулби, частота этих реакций еще не может свидетельствовать о наличии привязанности к заботящемуся о ребенке человеку, так как такие же реакции могут появляться у него и на

предметы, незнакомые лица и пр. Автор подчеркивал, что о привязанности можно говорить только тогда, когда имеет место организация этих реакций с учетом конкретного лица (матери или опекуна).

По мнению Дж. Боулби [2003], нормальное развитие привязанности у ребенка к родителям или опекунам представляет собой последовательную смену фаз (см. табл. 5).

Дж. Боулби подчеркивал важную роль привязанности в дальнейшем психическом развитии ребенка. Наблюдая младенцев, воспитывающихся в сиротских домах, он обратил внимание на то, что в более старшем возрасте у них наблюдались различные эмоциональные проблемы, деструктивное поведение, неадекватная самооценка. Эти особенности автор связывал с отсутствием у них ранних эмоциональных контактов с матерью.

В исследованиях канадского психолога Мэри Эйнсуорт были проанализированы паттерны привязанности у годовалых младенцев [Ainsworth et al., 1978]. Автор наблюдала малышей и их матерей в домашних условиях в течение первого года жизни примерно четыре часа каждые три недели. В годовалом возрасте Эйнсуорт следила за их поведенческими проявлениями уже в новой для малышей обстановке: в игровой комнате в присутствии матери и без нее. Во время первого разлучения мать оставляла малыша с незнакомцем, во время второго — одного. Каждое разлучение длилось три минуты и укорачивалось, если малыш проявлял слишком сильное беспокойство. На основании анализа поведения малышей автор выделила три паттерна.

1. *Надежно привязанные младенцы.* После прихода в игровую комнату с матерью малыши активно используют ее в процессе исследования предметов. Когда мать покидает комнату, их познавательная активность уменьшается, когда мать возвращается, они активно ее приветствуют и более активно продолжают свою исследовательскую и игровую деятельность. При исследовании методом выборки в США было установлено, что такой тип привязанности наблюдается у 65—70% годовалых малышей.

2. Неуверенные избегающие младенцы. Они проявляют независимость в незнакомой ситуации. Оказавшись в игровой комнате, они сразу же начинают изучать игрушки. Во время своих исследований они не используют мать в качестве отправной точки. Когда мать покидает комнату, они не проявляют беспокойства, и не ищут близости, когда она возвращается. Если мать пытается взять их на руки, они стараются вырваться из объятий или отводят глаза. Этот избегающий паттерн выявлен примерно у 20% детей американской выборки.

Возраст	Особенности поведения
Фаза 1. Неразборчивая реакция на людей	
От рождения до 3 месяцев	В течение первых трех недель малыш улыбается с закрытыми глазами. Начиная с 4 недели младенец улыбается при звуке человеческого голоса. В 5-6 недель появляются социальные улыбки при виде человеческого лица. До 3х месяцев малыши улыбаются любому лицу. Улыбка чаще возникает в ответ на визуальный стимул, чем на голос или тактильный контакт. Улыбка малыша и ответная улыбка матери или другого лица способствует взаимному проявлению любви и заботы и повышают вероятность того, что ребенок будет здоровым и жизнеспособным.
Фаза 2. Фокусирование внимание на знакомых людях	
От 3 до 6 месяцев	Социальные реакции малыша становятся более избирательными. Младенец ограничивает направленность своих улыбок на знакомых людей, а при виде незнакомых пристально смотрит на них. В 4-5 месяцев малыши воркуют, гулят и лепечут только в присутствии людей, которых они знают. Быстрее успокаиваются в присутствии знакомых

	людей. К 5 месяцам хватаются за части тела матери или опекуна и делают это чаще с близкими людьми. К 6 месяцам сужают свои реакции на знакомые лица, отдают предпочтение двум или трем лицам – и одному – как правило матери. Основной объект привязанности малыша – мать. По-видимому, у малышей формируется наиболее сильная привязанность к тому человеку, который с наибольшей готовностью отвечает на их сигналы и участвует в наиболее приятных реакциях с ними.
Фаза 3. Интенсивная привязанность и активный поиск близости	
От 6 месяцев до 3 лет	Начиная с шести месяцев привязанность малыша к определенному человеку становится более интенсивной и исключительной. Младенец громко плачет, когда мать покидает комнату. Когда мать возвращается, малыш тянется к ней. В 7-8 месяцев у малышей возникает боязнь незнакомцев, проявления которой разнообразны: от легкой настороженности до громкого плача при виде незнакомого лица. В 8 месяцев малыш уже умеет ползать и поэтому может активно следовать за удаляющимися родителями. Когда ребенок начинает ходить, он периодически следит за присутствием матери. К концу первого года у ребенка формируется первые представления о доступности и отзывчивости матери или другого близкого взрослого (опекуна). До двух-трехлетнего возраста выражена потребность в определенной близости к матери или опекуну. В три года ребенок более охотно позволяет родителю уйти, начинает больше действовать как партнер в отношениях. В это период система привязанностей функционирует на различных уровнях возбуждения. Иногда ребенок испытывает сильную потребность быть рядом с матерью; в других случаях он не испытывает никакой потребности в этом (например, увлечен интересной игрушкой). Поведенческая привязанность зависит также от других переменных, таких как эмоциональное и физическое состояние ребенка. Если ребенок болен или устал, потребность остаться с матерью перевесит потребность к исследованию.
Фаза 4. Партнерское поведение	
3 года – окончание детства	Стадия целевого партнерства. Ребенок начинает действовать больше как партнер в отношениях, хотя привязанности продолжают играть важную роль в его жизни

3. Неуверенные амбивалентные младенцы. В незнакомой ситуации такие младенцы не отходят от матери, приходят в крайнее волнение, когда мать покидает комнату. Когда мать возвращается, они проявляют заметную амбивалентность: то тянутся к ней, то сердито ее отталкивают.

М. Мэйн с соавторами выделили еще один тип привязанности — *дезорганизованная привязанность,* характеризующаяся странными и противоречивыми поступками ребенка по отношению к матери [Main, Solomon, 1990; цит. по: Лафренье, 2004, с. 138—139]. В

таблице 6 представлены модели привязанности ребенка к матери или опекуну.

Таблица 6 Модели привязанности ребенка к матери или опекуну

Тип привязанности	Особенности отношений к матери	Особенности поведения ребенка при разлуке с матерью	Особенности поведения после воссоединения с матерью
Надежная привязанность	Мать воспринимается как надежная защита ребенка в процессе его исследовательской деятельности	Легко уходит от матери, чтобы изучить игрушки. Быстро включается в игру. Дружелюбен по отношению к воспитателю или психологу. Если расстроен, то легко успокаивается.	Активно идет на контакт или общение после воссоединения с матерью. Если огорчен, то немедленно идет и поддерживает контакт. Если не огорчен, то активно приветствует мать и ищет общения
Избегающая привязанность	Активно избегает мать, даже когда огорчен	Легко расстается с матерью, чтобы изучить обстановку. Не привлекает мать к игре.	Активно избегает мать в момент воссоединения, отворачивается, смотрит в сторону, уползает, игнорирует мать. Не проявляет враждебности к незнакомым
Амбивалентно-сопротивляющаяся привязанность	Эмоциональная амбивалентность ребенка по отношению к матери	Сильно расстраивается, когда разлучают с матерью. Враждебно относится к новой обстановке и людям.	Долго успокаивается в момент воссоединения с матерью
Дезорганизованная привязанность	Совершает противоречивые поступки по отношению к матери или опекуну	Отмечаются признаки дезорганизации при уходе матери: плачет, смотрит на дверь, когда дверь открывается; не смотрит на воспитателя, когда тот к нему приближается	Проявляет признаки дезорганизации: принимает случайные застывшие позы; может уставиться в одну точку; смотрит на окружающих застывшим взглядом

В исследованиях Дж. Боулби, М. Эйнсуорт и их последователей были выделены факторы, лежащие в основе привязанности. Авторы показали, что привязанность годовалых малышей к родителям была сильной, если те сензитивно и быстро реагировали на их сигналы. В домашней обстановке эти малыши чаще проявляли познавательную активность и плакали значительно реже по сравнению с детьми с другими типами привязанности.

Лонгитюдные наблюдения за детьми в течение последующих 15 лет убедительно доказали, что наиболее адаптированными оказались дети первой группы (надежно привязанные). В социальной обстановке (в школе, в летних лагерях) они получали более высокие баллы по таким качествам, как отзывчивость и лидерство, то есть демонстрировали здоровый паттерн развития.

Американский психолог С. Броди выделила четыре типа материнского отношения к

ребенку [Brody, 1956].

Матери *первого* типа легко и органично приспосабливались к потребностям младенца. Для них было характерно поддерживающее разрешающее поведение. Они не навязывали малышу свои требования и терпеливо относились к его особенностям и потребностям. Например, они не пытались рано приучить ребенка к туалету, а терпеливо ждали, когда он сам «дозреет».

Матери *второго* типа сознательно старались приспособиться к потребностям ребенка. Они демонстрировали склонность к доминированию, что нередко вносило напряженность в общение с ребенком.

Матери *третьего* типа не проявляли большого интереса к ребенку. Основу их материнства составляло чувство долга. В отношениях с ребенком у них не было естественности, теплоты. Наблюдался жесткий контроль за поведением малыша, матери часто делали ему замечания.

Матери *четвертого* типа отличались непоследовательностью, плохо понимали потребности своего ребенка, их требования к ребенку были противоречивы, часто не соответствовали возрасту ребенка и его возможностям.

В своем исследовании С. Броди показала, что наиболее неблагоприятным для эмоционального состояния ребенка является четвертый тип материнского отношения. У детей таких матерей развивалось ощущение нестабильности, повышенная тревожность, что являлось важной предпосылкой возникновения психического или физического дискомфорта. При третьем типе материнства у детей часто возникало чувство опасности, нередко в дальнейшем наблюдались апатия, депрессия, слабая поисковая активность, любознательность и инициативность.

Нами был проведен специальный анализ особенностей влияния ранних эмоциональных контактов матери с ребенком на развитие его самооценки [Мамайчук, 1990]. В результате опроса матерей, касающегося их контактов с ребенком в первые три года его жизни, они были распределены на три группы, в зависимости от степени интенсивности эмоционального контакта с ребенком.

Группа 1 — высокая степень эмоциональных контактов с ребенком. Для этой группы матерей ребенок был желанным, «запланированным». Мать воспитывала ребенка первые три года, постоянно находилась с ним. Свое эмоциональное состояние матери этой группы оценивали как положительное.

Группа 2 — умеренная степень эмоциональных контактов с ребенком. Дети матерей этой группы, как и предыдущей, были желанными, но матери в силу сложившихся обстоятельств не ухаживали за детьми до трехлетнего возраста, они вынуждены были выйти на работу до окончания декретного отпуска, оставив ребенка на воспитание бабушки или няни или записав его в ясли. Несмотря на ограниченность общения с ребенком, матери были эмоционально привязаны к нему, в свободное время общались с ним, проявляли интерес к его физическому и психическому развитию.

Группа 3 — эмоциональное отвержение. Для матерей этой группы ребенок, как правило, был нежеланный. Некоторые матери испытывали эмоциональный стресс в связи с уходом мужа, безразличием родственников к судьбе ребенка. Многие матери свое психическое состояние в первые три года после рождения ребенка оценивали как негативное, обращали внимание на высокую загруженность, отрицательные переживания, дискомфорт. Внутри этой группы нами были выделены две подгруппы матерей: матери с открытым и скрытым эмоциональным отвержением ребенка. При открытом эмоциональном отвержении матери утверждали, что не испытывали любви и радости при общении с ребенком, что ребенок мешал им в реализации их жизненных планов. Скрытое эмоциональное отвержение внешне проявлялось в заботе о здоровье ребенка. Такие матери часто предъявляли претензии медсестрам яслей, няням, бабушкам и пр. в связи с тем, что они, по их мнению, плохо следят за ребенком.

Самооценка у детей оценивалась по методике Дембо-Рубинштейн, адаптированной

А. М. Прихожан, а также в процессе направленных бесед с ребенком. В обследовании участвовали дети в возрасте от 6 до 8 лет. Ребенку предлагалось оценить свое здоровье, ум, характер и счастье в настоящем и будущем на бланке, состоящем из четырех вертикальных полос длиной 10 см. Результаты психологического обследования детей показали, что наиболее низкий уровень самооценки по всем показателям, в том числе «Мое здоровье», наблюдался у детей матерей третьей группы, демонстрировавшим эмоциональное отвержение ребенка. У детей матерей первой группы отмечался более высокий уровень самооценок по сравнению с детьми третьей группы, но наблюдалась тенденция к уменьшению самооценок здоровья, в отличие от других самооценочных характеристик (ум, характер, счастье). Эти данные указывают на неудовлетворенность детей своим здоровьем и повышенную заботу о нем. У детей матерей с умеренными эмоциональными контактами (вторая группа) наблюдался гармоничный уровень самооценок по всем четырем показателям (здоровье, ум, характер, счастье), что отражает гармоничную структуру их личности. Полученные нами данные убедительно показали позитивное влияние ранних эмоциональных контактов на развитие адекватной самооценки у детей.

В свою очередь, эмоциональная депривация крайне негативно отражается на дальнейшем психическом развитии ребенка.

Бруно Беттельхейм, специалист по проблемам детского аутизма, справедливо подчеркивает: «Одним словом, недостаток удовлетворяющих потребности реакций со стороны людей, осуществляющих уход за младенцем, может спровоцировать преждевременное формирование отношения к миру как к фрустрирующей субстанции, когда ребенок еще лишен возможности в полной мере убедиться, что мир, в сущности; хорош. (...) Такие дети отказываются прилагать какие бы то ни было усилия, чтобы достичь желаемого» [Беттельхейм, 2004, с. 75-76].

По свидетельству психиатров и психологов, первые проявления раннего детского аутизма обнаруживаются еще в грудном возрасте. В первую очередь настораживает отсутствие или более позднее появление «комплекса оживления» ребенка, почти сразу формирующегося у здоровых детей при контакте с матерью и другими близкими. Дети с аутизмом не реагируют или реагируют слабо на присутствие или удаление матери, не тянутся к ней. Когда их берут на руки, они остаются пассивными или ригидными. Нередко у детей с аутизмом наблюдаются отрицательные эмоциональные реакции при контакте с матерью. При попытке матери обнять и приласкать ребенка он гонит ее от себя и не только не обнимает и не льнет к ней, но даже стремится ударить. Описана также симбиотическая форма контакта, наблюдаемая у более старших детей с аутизмом, когда ребенок отказывается оставаться без матери, тревожен в ее отсутствие и в то же время никогда не проявляет к ней ласки [Башина, 1974; Каган, 1981; Никольская, Баенская, Либлинг, 1997; и др.].

Как правило, диагноз «аутизм» ставится в относительно позднем возрасте (обычно не раньше трех лет). Вместе с тем на первом году жизни ребенка очень важна правильная оценка его эмоциональных реакций. Большинство авторов отмечает более позднее формирование эмоциональных реакций детей с аутизмом на присутствие человека и даже окружающие предметы. У многих детей на первом году жизни уже наблюдаются аутистические тенденции, такие как уклонение от зрительных контактов, боязливость или, наоборот, чрезмерное спокойствие, отсутствие интереса к окружающим. Однако здесь следует отметить, что различные варианты аутистического поведения могут формироваться вторично у детей с тяжелыми формами нарушений речи, зрения, слуха, а также у детей с тяжелой умственной отсталостью.

Нами были проведены направленные беседы с матерями детей, страдающих аутизмом, предметом которых являлись особенности психического развития на первом году жизни. На первом этапе беседа с матерью проходила в произвольной форме. Мать просили рассказать об особенностях протекания беременности, родов. При этом делался

акцент на оценку психического состояния матери в период беременности: матерям предлагалось оценить свое психическое состояние в период беременности по пятибалльной шкале. Из 42 опрошенных нами матерей детей с аутизмом только две оценили свое состояние как отличное, четыре как хорошее, остальные 36 человек охарактеризовали его как удовлетворительное или плохое.

На втором этапе беседы матерям предлагались направленные вопросы об особенностях психического развития ребенка на первом году жизни. Большинство матерей утверждало, что ребенок в целом развивался нормально. 24 матери обратили внимание на особенности развития ребенка только после шести месяцев. Отличие от других младенцев заключалось в том, что их дети начинали выделять родителей среди посторонних лип значительно позднее. Некоторые матери подчеркивали повышенную возбудимость, настороженность детей при появлении новых лиц, обращали внимание на нарушение ритма сна и бодрствования. Однако 18 из опрошенных матерей утверждали, что па первом году жизни их дети развивались нормально и они не замечали ничего необычного. Более подробные характеристики ребенку давали матери детей-аутистов, у которых уже был старший ребенок. Они отмечали трудности установления зрительного контакта, слабую мимическую экспрессию («лицо как у куклы, неживое»), немотивированные крики, задержку в развитии локомоторных функций («позже держал голову, не сидел», «поздно начат ходить»).

В целом анализ результатов направленных бесед показал, что в своих жалобах на ребенка с аутизмом в первый год жизни матери прежде всего обращали внимание на следующие моменты:

- особенности эмоциональных контактов;
- задержку в развитии психической активности;
- сниженность познавательной активности ребенка.

Таким образом, уже в период младенчества у детей с аутизмом наблюдается отсутствие или недоразвитие ряда поведенческих паттернов по сравнению с нормально развивающимися детьми.

Кроме особенностей эмоционального реагирования на близких и ситуацию, некоторые родители детей с аутизмом обращали внимание на непереносимость ребенком яркого света, резких звуков, тактильных прикосновений и пр.

Пример

По воспоминаниям мамы мальчика, страдающего ранним детским аутизмом, еще на первом году жизни ребенка она замечала, что он очень возбуждается при работающем в комнате телевизоре, при виде люстры с горящими лампами. При малейшем прикосновении мальчик проявлял двигательное возбуждение. В полгода ему был назначен массаж, но он не подпускал к себе массажистку: как только она начинала работу с ним, он громко плакал, сопротивлялся.

Окружающая среда для ребенка с аутизмом может быть источником постоянного эмоционального дискомфорта в силу его повышенной чувствительности. Ее восприятие может сопровождаться постоянным отрицательным фоном настроения.

Ранняя психологическая диагностика эмоциональных проблем у ребенка в значительной степени зависит от знания психологом этапов психического развития детей раннего возраста, от умения наблюдать за младенцем.

В отечественной и зарубежной психологии разработаны некоторые объективные показатели моторного, сенсорного, речевого, а также эмоционального развития младенцев. Представлено огромное количество схем, шкал оценки развития детей на первых годах жизни. Особый интерес, на наш взгляд, представляют шкалы выдающегося психолога Арнольда Гезелла. Автор разработал нормы развития двигательной и речевой сфер ребенка, а также схемы для определения умственного развития младенца (см. Приложение).

Исследования детей раннего возраста А. Гезелл проводил в четырех основных

направлениях: моторное развитие; речевые проявления; приспособительное поведение; индивидуально-социальное поведение [Гезелл, 1932]. Представленная схема имеет несомненное практическое значение, так как в ней автор не только отражает этапы развития младенца, но и предлагает отдельные тесты для их диагностики. Мы рекомендуем использование этой шкалы при диагностике психического развития ребенка первого года жизни как специалистам, так и заинтересованным родителям.

Между тем важно отметить, что для адекватной психодиагностической оценки эмоциональных реакций у детей психолог должен ориентироваться как на возрастные этапы их формирования, так и на качественные особенности развития этих функций в процессе взаимодействия ребенка с окружающими.

В отечественной психологии разработан уровневый подход к оценке нарушений эмоциональной сферы у детей [Лебединский, 1985; Эмоциональные нарушения..., 1990]. Этот подход основывается на закономерностях развития эмоциональной регуляции здорового ребенка.

Сложноорганизованная, многоуровневая система аффективной регуляции лежит в основе всей психической деятельности ребенка. Аффективная система начинает формироваться на самых ранних этапах развития ребенка. Эта система теснейшим образом связана как с формированием пространственно-временных представлений, так и с произвольной регуляцией деятельности. Каждый

уровень имеет свою смысловую задачу, свои механизмы регуляции и вносит свой вклад в общую тонизацию всей психической деятельности. На каждом из уровней решаются качественно различные задачи адаптации. Эти уровни не могут подменить друг друга: ослабление или усиление функционирования какого-либо из них может привести к общей дезадаптации системы в целом.

Наиболее ранним уровнем регуляции считается уровень *полевой реактивности,* при котором возможны лишь пассивные формы психической адаптации. При нормальном развитии этот уровень никогда не проявляется самостоятельно, а выступает лишь в виде фонового, обеспечивающего аффективную преднастройку к активному взаимодействию индивидуума с окружающей средой и людьми.

Второй уровень регуляции — уровень *аффективных стереотипов* — имеет большое значение в развитии первых приспособительных реакций ребенка к своему окружению и формировании активной избирательной адаптации. Он начинает активно проявляться у ребенка в первые три месяца жизни. При нарушениях психического, и особенно эмоционального, развития, имеющих место при раннем детском аутизме, у ребенка наблюдаются характерные эмоционально-поведенческие расстройства в виде страхов при изменении привычной для него обстановки, особенно при изменениях режима, расширении круга общения. Важно, что второй уровень регуляции не столько обеспечивает общее равновесие, сколько направлен на усиление стенических активных реакций на основе выработки разнообразных способов аутостимуляции, предназначенных для поддержания положительных эмоций. Наблюдаемые у ребенка эмоциональные расстройства могут быть обусловлены дисфункцией этого уровня. При этом ребенок вырабатывает привычку сосредоточиваться на этих ощущениях и начинает меньше реагировать на внешние стимулы, что неуклонно приводит к отставанию в развитии. Дисфункция на этом уровне характерна и для педагогически запущенных детей, особенно при так называемом госпитализме, когда у ребенка развивается склонность к раскачиваниям, сосанию пальца и т. п. Эти особенности наблюдаются и у детей с ранним детским аутизмом.

Па третьем уровне эмоциональной регуляции — уровне *аффективной экспансии* — основные аффективные переживания связаны, главным образом, с достижением желаемого. Этот уровень эмоциональной регуляции у здорового ребенка начинает функционировать в возрасте трех-шести месяцев. В этот период у ребенка активно развивается его взаимодействие со взрослыми, и прежде всего, с матерью, которая его

аффективно «заражает» и «заряжает».

На четвертом уровне эмоциональной регуляции — уровне *смысловой регуляции* — все более активными становятся *коммуникативные формы регуляции* (общение взглядами, мимические и интонационно выразительные голосовые реакции, жесты, движения). В этот период развивается важнейшая доречевая активность — лепет, формируются интегративные и сенсорно-ситуационные связи. Отличительной особенностью поведения здорового ребенка на этом уровне эмоциональной регуляции является постоянное сосредоточение на каком-либо виде деятельности.

Уровень полевой реактивности (до 1 месяца)		
Содержательная характеристика	**Здоровые дети**	**Дети с РДА**
Пассивные формы психической адаптации. Аффективные переживания на этом уровне не содержат еще положительной или отрицательной оценки. Общее ощущение комфорта или дискомфорта	У здоровых детей этот уровень никогда не проявляется самостоятельно, а выступает лишь в виде фонового, обеспечивающего аффективную преднастройку к активному взаимодействию индивидуума с окружающим миром	У детей с РДА наблюдаются выраженные проявления эмоционального дискомфорта: нарушения ритма сна и бодрствования; аффективная неустойчивость в виде немотивированных криков, то есть аффективная преднастройка к дальнейшему активному взаимодействию с внешним миром нарушена
Уровень аффективных стереотипов (1-3 месяца)		
Обеспечивает общее равновесие с окружающей средой. Направлен на усиление стенических активных реакций на основе выработки разнообразных способов аутостимуляции, предназначенных для поддержания положительных эмоций. На этом уровне про-исходит углубление аффективного контакта со средой	Имеет важное значение в развитии первых приспособительных реакций ребенка к своему окружению и формировании активной избирательной адаптации. Проявляется в особой чувствительности к человеческой речи. В ответ на обращенную к младенцу речь он «гулит» - издает тихие короткие гласные звуки. Младенец активно реагирует и на прослушивание собственного голоса, записанного на магнитофонную пленку. Проявляет реакции на *общение,* внимательно рассматривает взрослого после просыпания; реагирует комплексом оживления на контакт с любым взрослым, еще не различает «своих» и «чужих»	Наблюдается дисфункция этого уровня. Ребенок демонстрирует значительно меньшее количество реакций на внешние стимулы, что приводит к отставанию в психическом развитии. Развивается склонность к раскачиванию, сосанию пальца и т. п.; наблюдается повышенная чувствительность к сенсорным стимулам. Ребенок испытывает выраженный дискомфорт при перемене места, изменении режима. Младенец в ответ на обращенную к нему речь реагирует слабо; не проявляет отчетливой реакции на свой голос (плач, крик), записанный на магнитофон. Наблюдается одинаковая реакция на предмет и человеческое лицо. После просыпания могут наблюдаться аффективные реакции при виде лица взрослого, что проявляется в крике, плаче
Уровень аффективной экспансии (3-6 месяцев)		
Способствует формированию	В этот период активно развивается взаимодействие	Ребенок не выделяет мать среди других лиц, проявляет тревогу и

активной адаптации к новым условиям. Аффективные переживания ребенка связаны не только с удовлетворением потребности, как это было на втором уровне, но и с достижением желаемого	ребенка со взрослым, и прежде всего с матерью. Младенец активно реагирует на мать, выделяет ее среди других лиц	страх при виде человеческого лица. Могут наблюдаться повышение мышечного тонуса, немотивированные крики, плач. Гуление разнообразно, но не выражает потребности ребенка
Уровень эмоционального контроля (с 6 месяцев)		
Налаживание эмоционального взаимодействия с другими людьми. Формирование контроля аффективных проявлений в соответствии с требованиями окружающих	Аффективный контроль возникает на основе значимых сигналов для адаптации ребенка: лицо человека; его мимика, взгляд, голос, интонация, прикосновение, жест. Формируется самоощущение и самовосприятие, обусловленное эмоциональными оценками других людей. Здоровые дети активно тянутся к матери, выражая свое удовольствие от ее присутствия. Проявляют настороженность при появлении незнакомых лиц	Значимые социальные сигналы (лицо человека, жесты, мимика, интонации и пр.) не воспринимаются ребенком или воспринимаются с трудом. Ребенок на эмоциональные оценки реагирует слабо или не реагирует вовсе. Предпочитает общение с предметами, а не с людьми. Проявляет раздражение, капризность при просьбе дать предмет, поставить на место и пр. Контакт с ребенком затруднен

Особое значение в психологической диагностике детей с аутизмом первого года жизни имеет специальный анализ особенностей *речевого развития.*

В многочисленных исследованиях психологов и педагогов подчеркивается значимость использования ребенком первого года жизни вокализации с целью общения со взрослым. В таблице 8 представлены стадии доречевого развития здорового ребенка.

Таблица 8 Стадии доречевого развития ребенка

Возраст	**Специфика речевых реакций ребенка**
0-1 месяц	Недифференцированный плач
1-3 месяца	Дифференцированный плач: например, голодный плач, плач, связанный с болью, и т. д.
3-6 месяцев	Появляется гуление. Ребенок сосредоточивается на звуках окружающих людей и предметов, сам непроизвольно издает отдельные звуки
6-12 месяцев	Появляется лепет, повторяет отдельные звуки и слоги
9-10 месяцев	Наблюдаются эхолалии. Повторяет звуки, которые слышит

Наш опрос родителей детей с аутизмом показал, что 25 родителей из 48 (52%) обращали внимание на то, что у их детей недифференцированный плач сохранялся достаточно длительное время, а также на более позднее наступление стадии гуления.

Большинство родителей обращало внимание на недоразвитие речевого подражания и трудности понимания ребенком обращенной к нему речи.

По данным отечественных авторов, более чем у 50—70% детей с ранним детским аутизмом наблюдается недостаточность использования жестов и интонации в общении. На начальных этапах речевого развития у многих детей с аутизмом могут наблюдаться эхолалии в виде однообразных повторений отдельных звуков и звукосочетаний.

Пример

Мама нашего пациента в своем дневнике подчеркивала, что гуление и лепет у сына появились значительно позже, чем у старшей дочери, а после года возникли эхолалии, которые носили стойкий характер.

При исследовании особенностей общения детей с аутизмом психолог должен ориентироваться не только на особенности развития звуковой стороны речи, но и на мимику ребенка и его жесты.

Здоровый ребенок в ответ на заигрывание с ним взрослого оживляется, начинает произносить отдельные звуки, улыбается или смеется, протягивает руки, если хочет быть в объятиях отца или матери. К концу первого года жизни ребенок тянется к далекому предмету, показывая, что нуждается в том, чтобы к нему приблизили этот предмет. Дети с аутизмом, как правило, не проявляют выраженного оживления на взрослого или новый предмет, демонстрируют пассивность в процессе общения со взрослым.

Дальнейшее развитие эмоциональных и коммуникативных реакций у здорового ребенка первого года жизни способствует обогащению и разнообразию поведенческих проявлений при общении с близкими людьми. К концу первого года жизни малыши уже способны ориентироваться на эмоциональную оценку взрослым особенностей их поведения. Взрослый (как правило, мать) подкрепляет позитивные формы поведения ребенка и ограничивает негативные, что ложится в основу совершенствования эмоциональной регуляции и процесса общения ребенка не только с матерью, но и с другими людьми.

Следует подчеркнуть, что психологическая диагностика эмоционально-поведенческих расстройств у ребенка, особенно на первом году жизни, чрезвычайно сложна и требует от специалиста-психолога глубокого знания этапов эмоционального, коммуникативного, речевого развития ребенка.

Ранняя диагностика аффективных нарушений у ребенка имеет важное значение для дальнейшей лечебно-педагогической работы с ним. Отечественные специалисты К. С. Лебединская и О. С. Никольская еще в 1980-х годах разработали и внедрили в практику диагностическую карту для исследования ребенка первых двух лет жизни с целью диагностики раннего детского аутизма [Лебединская, Никольская, 1991]. Данная карта состоит из одиннадцати основных блоков: вегетативно-инстинктивная сфера; аффективная сфера; сфера влечений; сфера общения; восприятие; моторика; интеллектуальное развитие; речь; игра; навыки социального поведения; психосоматические корреляты. Представленная авторами диагностическая карта широко используется психологами и педагогами, работающими с детьми.

Позднее эта карта была модифицирована Н. Я. Семаго и М. М. Семаго [2000] и известна как «Карта наблюдений за поведением ребенка, имеющего эмоциональное недоразвитие». Данная схема ориентирована на анализ поведения и эмоциональных реакций ребенка в различных жизненных ситуациях. Каждый из четырех уровней анализируется авторами с точки зрения гипо- или гиперфункционирования того или иного уровня. Это дает возможность представить соответствующий «профиль» структуры аффективной регуляции у ребенка. Гипер- или гипофункцию уровня аффективной регуляции авторы рассматривают как его дисфункцию.

При анализе функционирования отдельных уровней аффективной регуляции авторы выделяют и анализируют следующие особенности:

- характер нарушения взаимодействия существующих уровней;

• особенности гиперкомпенсаторных механизмов;

• синдром аффективной дезадаптации у ребенка в целом. Рассмотрим основные ориентиры наблюдений за ребенком с дисфункцией первого уровня аффективной регуляции — уровня полевой реактивности.

При *гипофункции* данного уровня имеют место следующие психологические радикалы:

а) чувствительность ребенка к интенсивности изменений в процессе контакта и взаимодействия с другими людьми:

• чувствителен к резкой перемене голоса;

• не переносит неожиданного (например, с незнакомым человеком) зрительного контакта, также для него труден длительный зрительный контакт;

• чувствителен к качеству прикосновений, напрягается, отклоняется, если кто-либо неожиданно сильно или резко притягивает его к себе, усаживает, передвигает;

• испытывает беспокойство, напряжение, если кто-либо резко меняет дистанцию во время общения (садится близко, касается коленями);

• замирает, капризничает или отказывается работать при быстрой смене видов деятельности;

б) чувствительность ребенка к изменениям в расположении окружающих объектов в процессе освоения им жизненного пространства:

• не любит находиться в пустых, слишком просторных помещениях;

• боится маленьких, закрытых помещений;

• любит порядок, долго раскладывает вещи на столе, пытается как бы все классифицировать, разложить по группам;

в) чрезмерная чувствительность к интенсивности сенсорных впечатлений:

• не любит или боится слишком громких звуков, вида сильного пламени, яркого света, даже незначительных перепадов температуры;

г) особенности поведения:

• боится новых впечатлений;

• боязлив, нерешителен при смене обстоятельств, не уверен в собственных силах, часто перестраховывается;

• часто наблюдается пониженное настроение, бывают резкие перепады в настроении;

• любит играть один.

При *гиперфункции* первого уровня наблюдается следующее:

а) ребенок не испытывает дискомфорта при интенсивных изменениях во время взаимодействия и общения с другими, что проявляется в следующих особенностях:

• не устает от случайных и частых контактов с другими людьми, может подолгу находиться среди незнакомых людей, в толпе;

• не боится прикосновений чужих людей;

• нечувствителен к изменению дистанции во время общения;

• нечувствителен к отрицательной эмоциональной оценке;

б) ребенок нечувствителен к качеству сенсорных впечатлений:

• устойчив к холоду, голоду, боли;

• неразборчив в еде;

• не имеет выраженных сенсорных привычек;

• стремится к частой смене впечатлений;

в) ребенок не реагирует отрицательно на интенсивное изменение объектов в окружающем во время освоения пространства:

• не боится высоты, достаточно ловко карабкается, любит смотреть вниз с высоты;

• не испытывает страха в просторном или тесном помещении;

г) в поведении чаще всего проявляются следующие особенности:

• любит частые перемены во внешних обстоятельствах;

• не боится оказываться на новом месте, любит находиться один, в том числе в незнакомых местах;

• склонен к бродяжничеству;

• неадекватно оценивает свои возможности, некритичен;

• с трудом усваивает правила поведения, не стремится их выполнить;

• постоянно демонстрирует повышенное настроение. Дисфункция **второго уровня** аффективной регуляции — уровня аффективных стереотипов — проявляется не менее разнообразно. Именно на этом уровне закладываются основы формирования индивидуальности человека. Аффективные стереотипы являются фоновым обеспечением наиболее сложных форм поведения человека. Эти стереотипы задают аффективный смысл поведению.

Особенности поведения ребенка при *гипофункции* второго уровня проявляются в следующих радикалах:

а) ребенок чрезмерно чувствителен к качеству сенсорных впечатлений и собственному соматическому состоянию:

• имеет устойчивые привычки в еде, требователен к качеству пищи, не принимает новых или незнакомых блюд;

• не любит расставаться с привычной одеждой;

• не любит перепадов температуры, пищу принимает только той температуры, к которой привык;

• не может заснуть в непривычной обстановке;

• часто жалуется на недомогание, не переносит малейшей боли;

• быстро устает, часто жалуется на усталость;

• часто испытывает немотивированный страх за собственное здоровье;

• испытывает страх темноты, одиночества, высоты, незнакомых людей и обстоятельств;

б) ребенок испытывает дискомфорт в нестабильных, меняющихся обстоятельствах:

• с трудом привыкает к режиму в детском саду, школе, чувствителен к изменениям в режиме;

• с трудом привыкает к новому учителю, новому коллективу;

• не любит перемен, новых впечатлений, не стремится к ним;

• капризничает, может отказываться от работы или проявлять агрессию при переключении на новый вид деятельности;

в) ребенок испытывает трудности и дискомфорт во взаимодействии и общении с другими людьми:

• не склонен к сотрудничеству, особенно если оно протекает в непривычных для него обстоятельствах;

• имеет низкую коммуникативность;

• излишне привязан к людям, жалеющим его;

• имеет склонность к защитным, компенсаторным реакциям, в случае отрицательной оценки его деятельности, наказания раскачивается, сосет палец, теребит предметы и т. п.;

• часто замкнут, неразговорчив, одинок или имеет таких же, как он, приятелей;

г) особенности в поведении:

• часто имеет пониженное настроение;

• раздражителен, ворчлив;

• имеет ригидную самооценку;

• чувствителен к ритмическим впечатлениям, любит музыку. При *гиперфункции* второго уровня наблюдается следующее:

а) особое влечение ребенка к разнообразным сенсорным впечатлениям, трудности в оценке собственных физиологических потребностей:

• отсутствуют устойчивые привычки в еде, всеяден, любит обильную,

разнообразную, вкусную пищу, прожорлив;

• стремится к интенсивным, ярким сенсорным впечатлениям (любит смотреть на огонь, дождь и т. д.);

• имеет тягу к неприятным впечатлениям, небрезглив, может взять с пола пищу и съесть ее;

• не боится боли, вынослив;

б) проблемы в процессе взаимодействия и общения с другими людьми:

• агрессивен по отношению к близким, учителям в тех случаях, когда ему не позволяют осуществить влечение, задуманное действие;

• нечувствителен к нуждам других, если они противоречат удовлетворению собственных;

в) особенности в поведении:

• нетерпелив, ригиден;

• склонен к стереотипным аффективным реакциям при давлении со стороны других;

• может быть конформным, если хочет добиться своего.

Третий уровень аффективной организации поведения — уровень аффективной экспансии — является следующей ступенью эмоционального контакта человека со средой. Дисфункция **третьего уровня** аффективной регуляции представлена в виде следующих радикалов.

При *гипофункции* третьего уровня наблюдается следующее:

а) ребенок испытывает значительные затруднения в решении проблемных ситуаций:

• не интересуется новыми заданиями;

• быстро пресыщается, теряет цель, отвлекается, отказывается от деятельности, если она вызывает трудности;

• требуется постоянная организация деятельности, стимуляция и одобрение для продолжения деятельности в трудных для него обстоятельствах, самостоятельно работу в случаях затруднения не продолжает;

• испытывает страх перед незнакомыми, новыми, неизвестными обстоятельствами;

• не может принять решение, сделать выбор, преодолеть сопротивление;

• склонен к фантазиям на тему успехов, преодоления преград, риска;

б) ребенок испытывает затруднения в общении и взаимодействии с другими людьми:

• имеет невысокую коммуникативность;

• внушаем, некритичен;

• ощущает чрезмерную потребность во внимании, поддержке, стимуляции со стороны других людей;

• может использовать способность других людей к сопереживанию с целью заставить их выполнять его желания;

• сверхосторожен в восприятии отрицательной оценки; в) ребенок имеет ряд личностных особенностей:

• испытывает чрезмерную чувствительность к оценке отрицательных впечатлений;

• может быть боязлив;

• неуверен в себе, имеет неадекватную самооценку. При *гиперфункции* этого уровня:

а) ребенок затрудняется в понимании смысла взаимодействия:

• легко вступает в контакт, но к эмоциональному взаимодействию не стремится;

• проявляет кратковременную заинтересованность в заданиях;

• легко заражается состоянием другого человека;

• склонен привлекать внимание к себе любыми доступными средствами, порой даже неадекватными;

• подчиняется требованиям только при интенсивной эмоциональной оценке деятельности, под угрозой наказания;

• часто проявляет негативизм;

• требует постоянной оценки своей деятельности (при этом нечувствителен к ее знаку), постоянного внимания к себе;

• часто провоцирует конфликты между другими, испытывая от этого удовольствие;

б) ребенок имеет ряд личностных особенностей:

• склонен к вранью, бродяжничеству;

• стремится к опасным, рискованным поступкам, не испытывает страха высоты, темноты и т. п.;

• испытывает влечение к отрицательным, часто гадким, впечатлениям;

• получает удовольствие от роли бандита, негодяя.

Дисфункция четвертого уровня — уровня эмоционального контроля — характеризуется следующими признаками. При *гипофункции* четвертого уровня:

а) ребенок испытывает трудности в коммуникации и чрезмерную зависимость от эмоциональной оценки других людей:

• проявляет низкую активность в контакте;

• может ошибаться в определении знака эмоциональной оценки в процессе общения, проявляя особую чувствительность к взгляду, голосу, тактильному контакту, дистанции в общении;

• стремится к привычному кругу общения;

• особо раним во взаимоотношениях даже с близкими людьми;

• испытывает постоянную потребность в положительной оценке, во внимании;

• неуверен в правильности своего поведения, постоянно нуждается в подтверждении этой правильности со стороны других;

• постоянно обращается за помощью к взрослым, несамостоятелен;

• имеет чрезмерную симбиотическую связь с матерью (чаще всего);

• ощущает тревогу, страх, отказывается от деятельности при отсутствии эмоционального соучастия близких;

• в деятельности больше ориентируется не на результаты труда, а на их внешнюю оценку;

б) ребенок имеет ряд личностных особенностей:

• внушаем, легко отказывается от своего мнения в пользу мнения значимого человека, часто попадает под аффективное давление других людей;

• мнителен, недоверчив к предложениям других;

• излишне зависим от принятых им норм поведения;

• часто не терпит нарушений в сложившихся взаимоотношениях. При *гиперфункции* четвертого уровня:

а) ребенок чувствует чрезмерную потребность в эмоциональном общении с людьми:

• легко вступает в контакт, испытывает удовольствие от общения со случайными людьми, легко заражается их состоянием;

• допускает близкую дистанцию в общении, не чувствует усталости от общения с людьми, даже малознакомыми;

• нетребователен к качеству общения;

• под влиянием других может легко преодолевать трудности, но может под влиянием других и легко отказаться от принятого решения;

• испытывает огромную потребность в восхищении или сопереживании со стороны всех других людей;

б) ребенок имеет ряд своеобразных личностных черт:

• конформен;

• несамостоятелен, часто труслив;

• слепо подчиняется правилам, которые выработаны другими.

В заключение следует отметить, что структурно-уровневое изучение базальной эмоциональной организации личности ребенка не только имеет большое значение для диагностики особенностей индивидуального поведения детей и подростков с аутизмом, но

и в последующем становится основой программы их психологической коррекции.

Глава 5
ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ В ПРЕДДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

В преддошкольный период у здоровых детей продолжается интенсивное развитие психической сферы, хотя и несколько медленнее, чем на первом году жизни.

Увеличивается длительность бодрствования до 4—5 часов, совершенствуется ходьба и другие моторные навыки. Действия с предметами, которыми овладел ребенок на первом году, становятся более ловкими и координированными.

Основным видом деятельности ребенка второго года жизни является предметная деятельность, в процессе которой ребенок знакомится с различными свойствами предметов, благодаря чему продолжается его сенсорное развитие.

Под руководством взрослых ребенок лучше воспринимает окружающее: различает, сравнивает, устанавливает сходство предметов по их признакам — цвету, форме, величине. Одновременно развивается память ребенка. Он уже не только узнает, но и вспоминает о предметах и явлениях, отсутствующих в настоящее время. Эти воспоминания сначала возникают на основе какой-либо наглядной ситуации. Например, показывая на чашку с отбитой ручкой, ребенок говорит: «Папа бил» (разбил). Позже эти воспоминания возникают уже по слову. Например, когда ребенку говорят: «Пойдем гулять», он начинает искать одежду, обувь для прогулок.

Второй год жизни является важным этапом для формирования различных бытовых навыков. Ребенок уже способен самостоятельно раздеваться, есть, выполнять некоторые гигиенические процедуры. Развивается опрятность.

Второй год жизни — это время становления и быстрого совершенствования речевых функций (основы всего психического развития), то есть это сензитивный период для развития речи. До полутора лет у здорового ребенка развивается функция понимания речи, а далее — до двух лет — идет увеличение словарного запаса и активной речи. Значительно обогащается в этот период жестовая речь, мимика. При нормальном речевом развитии к концу второго года словарный запас ребенка возрастает до 300 слов и в него входят уже не только названия предметов, но и их качеств, а далее появляется и фразовая речь.

Развитие мышления в этом возрасте происходит в процессе предметной деятельности и носит наглядно-действенный характер. Ребенок учится перемещать предметы в пространстве, действовать несколькими предметами по отношению друг к другу. Благодаря этому он знакомится со скрытыми свойствами предметной деятельности и учится действовать с предметами опосредованно, то есть с помощью других предметов или действий (например, стучать, вращать и т. д.).

Такая деятельность ребенка создает условия для перехода к понятийному, речевому мышлению. То есть в процессе выполнения действий с предметами и обозначения действий словами формируются мыслительные процессы: ребенок учится соотносить орудия с тем предметом, на который направлено действие (лопаткой набирает песочек, снег, землю, ведром — воду), другими словами — ребенок приспосабливается к свойствам предмета.

Наибольшее значение среди мыслительных процессов ребенка этого возраста имеет обобщение. Но так как опыт ребенка еще невелик и малышу еще не всегда удается выделить существенный признак в группе предметов, то и обобщения бывают неправильными. Например, словом «шар» ребенок обозначает все предметы, которые имеют круглую форму. Дети этого возраста могут делать обобщение по функциональному признаку: шапка — это шляпа, косынка, кепка и т. п. Они сравнивают, различают («Мама большая, а Анютка маленькая»), устанавливают связь между явлениями («Солнышко пигеет — галять пойдем»).

Значительно обогащается на втором году жизни характер игровой деятельности.

Сначала, например, ребенок кормит, баюкает куклу, а затем осуществляется перенос этих действий на другие предметы: «кормит» не только куклу, но и собачку, и медвежонка. Развивается подражательная игра. Ребенок начинает «читать» газету, «причесываться», «наряжаться» и т. д. В таких играх уже появляется и сюжет, состоящий из нескольких связанных между собой действий. При некотором руководстве ребенок проявляет 'интерес к действиям других детей, эмоционально общается с ними. Вместе с тем у ребенка по-прежнему велика потребность в общении со взрослыми.

Преддошкольный период многие психологи неслучайно называют «возрастом эффективности». В этом возрасте эмоции ребенка имеют бурный, но нестойкий характер, что проявляется в ярких, хотя и кратковременных, аффектах, в быстром переходе от одного эмоционального состояния к другому. Ребенка легко испугать, рассердить, но с той же легкостью можно заинтересовать, вызвать у него удовольствие, радость. Детям свойственна исключительная «эмоциональная зараженность»: они особенно подвержены влиянию эмоций, переживаемых другими, особенно близкими, людьми. Эмоциональное состояние ребенка находится в прямой зависимости от того, часто ли играют, разговаривают с ним взрослые, особенно мать.

На третьем году жизни продолжается совершенствование всех психологических функций ребенка.

Повышается работоспособность нервной системы, увеличивается выносливость, удлиняется активное бодрствование до 6—7 часов в сутки. Ребенок может уже сдерживать свои эмоции и не плакать, даже если ему больно. Он становится более терпеливым и может дольше заниматься одним делом, не отвлекаясь. Теперь ребенку трудно быстро переключаться с одного вида деятельности на другой, например сразу прекратить игру, чтобы пойти есть, или быстро ответить даже на хорошо знакомый вопрос. Успокоить ребенка этого возраста отвлечением его внимания становится трудно.

Словарный запас к трем годам достигает 1200—1300 слов. Ребенок употребляет почти все части речи, хотя не всегда правильно. Звукопроизношение становится более совершенным, но все же еще с некоторыми дефектами. Однако родители должны уже не умиляться этому, а тактично поправлять ребенка. Характерной особенностью речи ребенка двух-трех лет является постоянное проговаривание, сопровождение речью всех действий, игровых ситуаций.

Основным развивающим видом деятельности ребенка двух-трех лет является игра. Если в предыдущем возрастном периоде ребенок играл только с теми предметами, которые находились в поле его зрения, то теперь он может играть по предварительному замыслу, подбирая в соответствии с ним игрушки или какие-то предметы.

Например, ребенок задумал построить из кубиков гараж, куда он будет ставить машинку, а выезжая из гаража, машина будет перевозить какие-то грузы, и т. д. Игра теперь состоит из ряда связанных между собой событий, то есть она имеет сюжет. Это становится возможным и благодаря развитию воображения, фантазии, абстрактного мышления.

К концу третьего года жизни любимыми играми детей становятся ролевые игры. Ребенок принимает на себя определенную роль, изображая маму, папу, воспитателя из детского сада, и в точности повторяет их позы, жесты, мимику, речь.

Наличие ролевой игры является показателем новой ступени в умственном развитии малыша.

В общении со взрослыми, чтении, играх и развивающих упражнениях ребенок все более обогащает свои представления о мире и получает знания.

Третий год в жизни ребенка психологи называют кризисным [Ушаков, 1973; Ковалев, 1985]. Именно в этот период ребенок начинает дифференцировать себя и других людей и различать среди последних «своих» и «чужих». Он начинает узнавать себя в зеркале и говорить о себе в первом лице. Он сознательно говорит «я»: «Я не хочу!», «Я не буду!» Стремясь к независимости, ребенок проявляет негативизм и упрямство, особенно в

ответ на замечания и запреты взрослых. Иногда это происходит оттого, что его не поняли, оскорбили, унизили. Активный рост самосознания и стремление к самостоятельности обусловливают частоту эмоционально-поведенческих расстройств на этом этапе.

Как правило, именно в этом возрасте могут отчетливо проявляться и аутистические тенденции у детей. Большинство родителей детей с аутизмом впервые обращается к специалистам на третьем году жизни ребенка. Однако Б. Беттельхейм, возглавлявший Ортогеническую школу при Чикагском университете, которая является стационарным лечебным центром для детей с тяжелыми на-

рушениями эмоциональной сферы, в результате своих исследований выделил три критических периода возникновения раннего детского аутизма. Автор пишет:

«Первый период, по-видимому, приходится на шестимесячный возраст и предшествует так называемой стадии восьмимесячной тревоги. (...) Второй период, когда критические переживания могут повлечь за собой возникновение аутизма, длится с шести месяцев до девяти, как правило, захватывая стадию восьмимесячной тревоги. Ребенок начинает воспринимать окружающих людей как индивидов, наступает момент самосознания. Если в течение этого периода времени малыш пытается завязать контакт, но предмет его интереса остается к нему безучастным, он может отказаться от дальнейших попыток. Но не найдя другого, он не может найти и самого себя.

Третьим критическим периодом, вероятно, является временной промежуток между восемнадцатью месяцами и двумя годами, когда аутизм чаще всего распознается. В этом возрасте ребенок уже может стремиться к контакту с миром или избегать его не только эмоционально, но и физически. Именно теперь к эмоциональному уходу от матери (происходящему на второй стадии) добавляется эмоциональный и физический уход от мира в целом.

В лучшем случае все это не слишком определенные предположения с очень большой степенью обобщения. На каждой стадии происходит блокирование или искажение тех или иных устремлений Я: на первой — проявление активности в целом; на второй — активного стремления к другим; на третьей — активных попыток справиться с миром физически и интеллектуально» [Беттельхейм, 2004, с. 77-78].

Выделенные автором критические периоды вполне согласуются со стадиями эмоционального развития ребенка, описанными выше, а также с многочисленными наблюдениями отечественных психиатров и психологов. В многочисленных исследованиях психологов и клиницистов показано, что при нормальном психическом развитии у ребенка наблюдаются определенные уровни (стадии) эмоциональной регуляции поведения, последовательно сменяющие друг друга. При нарушениях в психическом развитии ребенка согласованность в работе уровней эмоциональной регуляции нарушается, что наглядно проявляется в различных эмоционально-поведенческих расстройствах. Спектр эмоционально-поведенческих расстройств в детском возрасте чрезвычайно широк. Это могут быть временные нарушения психического развития в результате соматического заболевания или, напротив, стойкие эмоционально-поведенческие расстройства. Неправильное отношение родителей и окружающих к больному ребенку может закрепляться по типу условно-рефлекторных связей и тем самым усугублять психическое состояние ребенка и тормозить его дальнейшее развитие.

Как упоминалось выше, ранний детский аутизм, как правило, распознается в преддошкольном возрасте (МКБ-10). Симптомы раннего детского аутизма могут проявляться в различных комбинациях и с различной степенью тяжести.

Рассмотрим основные признаки аутизма при всех его клинических вариантах, которые могут наблюдаться уже в преддошкольном возрасте.

Социальная отчужденность у детей с РДА проявляется в недостаточном или полном отсутствии потребности в контактах с окружающими (не только с незнакомыми, но и с близкими людьми). Эта особенность наиболее ярко проявляется у ребенка с аутизмом в период после года. Однако вероятность обратить на нее внимание в значительной степени зависит от уровня

психического и речевого развития ребенка. Рассмотрим два примера из нашей практики. Мы наблюдали с двухлетнего возраста в течение двадцати лет двух мальчиков, которым был поставлен диагноз «ранний детский аутизм».

Пример 1

Коля С, родился от первой беременности у здоровых родителей. Матери был 31 год, отцу 39. Беременность протекала с угрозой выкидыша в первую половину. Появился на свет недоношенным, закричал сразу. Вес при рождении 2250 г, рост 59 см. Психомоторное развитие на первом году жизни протекало с задержкой. Голову начал держать в 2,5 месяца, сидеть в 8 месяцев, ходить в 14 месяцев. По заключению специалистов, на первом году жизни у ребенка наблюдалась «темповая задержка психомоторного развития. Мать обращала внимание на трудности кормления мальчика на первом году жизни (часто срыгивал), на неустойчивый, неритмичный сон, капризность, проявлявшуюся в немотивированных криках. Познавательная активность мальчика была удовлетворительной. Он проявлял интерес к новым игрушкам, активно, но не длительно манипулировал с ними. В полтора года родители заметили, что ребенок на детской площадке больше проявляет интерес к игрушкам, чем к детям и взрослым. Мать отмечала: «Я заметила, что он смотрит как-то через человека, в пространство, а иногда, наоборот, уставится и смотрит в глаза». Особой привязанности к матери не проявлял, был спокоен, когда она уходила из дома. При появлении в доме незнакомых людей был равнодушен, уходил от общения.

Первое психологическое обследование ребенка проходило в домашней обстановке. При появлении психолога, в руках которого был игрушечный кот из набора кукольного театра, подошел, потрогал глаза кота, дернул за ус и быстро отошел в сторону. Подошел к столу, где стояли кубики, стал перекладывать их. Казалось, что мальчик не обращал внимания на разговоры взрослых. Психолог предложил родителям выйти из комнаты. Коля неожиданно с криком ринулся к двери. Через некоторое время удалось вступить в контакт с мальчиком. Психолог стал кидать кубики в пластмассовую коробку, от звука падающего кубика мальчик оживлялся, однако контакт длился недолго, мальчик убежал на кухню. Через некоторое время он вернулся и стал катать машину. Психолог стал кидать кубики в машину. Через некоторое время Коля сам стал складывать кубики в машину, но затем снова ушел на кухню. Вернувшись в комнату, он стал бегать из стороны в сторону, никак не реагируя на присутствующих. Через неделю (второе обследование в кабинете) мальчик не проявлял интереса к окружающим (психологу, студентам), однако при попытке родителей покинуть кабинет устремился за ними.

Пример 2

Алеша С. Беременность и роды протекали без осложнений, роды в срок, вес при рождении 3500 г. Грудь взял сразу, сосал активно. Со слов матери, на первом году жизни был спокойным ребенком. Психомоторное развитие протекало в срок, начал ходить в 12 месяцев. Издавал много звуков, произносил отдельные слова, но речь эхолаличная. Свои просьбы выражал тем, что хватал мать или другого человека за руки и подводил к предметам. Мать жаловалась, что ребенок безразличен к ней и мужу, что он ведет себя точно так же по отношению к другим, даже незнакомым, взрослым людям, всегда «уворачивается» от объятий. На детской площадке не проявлял особого интереса к другим детям, но мог неожиданно схватить постороннего человека, обнять его или ущипнуть.

В процессе обследования в кабинете психолога проявлял живой интерес к предметам, активно манипулировал с ними, производил функциональные действия: катал машинку, из кубиков строил башню, затем ее разрушал, произнося при этом: «Ух!» При приближении психолога уходил от него. Увидев красивую машинку на верхней полке, недосягаемой для ребенка, схватил психолога за рукав халата и жестом направил его руку в сторону машинки. Психолог намеренно не сразу ответил на просьбу мальчика. Тогда он схватил студентку, находящуюся в кабинете, и толкнул ее в сторону полки. Получив игрушку от студентки, начал катать ее, но вскоре переключился на мячи.

Анализ особенностей поведения двух мальчиков, страдающих РДА, показывает, что степень их социальной отчужденности различна. У Коли она более выражена и проявляется в отрешенности (термин О. С. Никольской с соавторами [1997]) от окружающих, тогда как у Алеши — в отвержении. При высокой потребности получить предмет Алеша жестом пытается добиться своего, проявляя тем самым неизбирательное общение.

Многие авторы отмечают, что социальная отчужденность детей с аутизмом проявляется в недоразвитии эмоционального реагирования по отношению к близким, даже к матери, вплоть до полного безразличия к ним («аффективная блокада»). В преддошкольном возрасте эти явления могут четко проявляться у детей с аутизмом. Однако бывают случаи, когда у аутичного ребенка наблюдаются выраженные симбиотические отношения с матерью, что при вынужденной разлуке с ней влечет за собой серьезные аффективные нарушения.

Пример

Сережа К. в 2 года был отправлен в деревню к родственникам матери. Еще до этого мать замечала некоторые «странности» в поведении сына. Со слов матери, они выражались в том, что мальчик никогда не обращался с просьбой дать тот или иной предмет, постоянно играл с одной игрушкой (старая поломанная машинка). При попытке отнять ее громко кричал, ложился на пол, бил ногами. На детской площадке раскидывал песок, иногда пересыпал его из одной емкости в другую, мог заниматься часами, не реагировал на других детей. Мать отмечала, что, при внешнем «равнодушии» сына к ней, он не засыпал без нее, проявлял беспокойство, если она отсутствовала. По свидетельству родственников из деревни, в первый день пребывания у них ребенок был спокоен, но на следующее утро у него поднялась высокая температура, появились позывы на рвоту, общее беспокойство. Мать сразу же приехала за ним. Она отметила, что сын очень изменился за время разлуки, стал вялым, заторможенным, в его поведении возникли странности: он хаотично бегал по комнате, кидал предметы, в том числе и бьющиеся, уменьшилось количество произносимых им слов и звуков.

Как отмечалось выше, в настоящее время существуют различные подходы к пониманию возникновения аутистического поведения. Одни авторы считают, что аутизм может проявляться уже с рождения, другие выделяют первичный и вторичный аутизм. Первичный аутизм рассматривается как врожденная генетически обусловленная предрасположенность, вторичный — как формирующаяся форма поведенческих реакций вследствие неблагоприятных социальных факторов. Наш практический опыт показывает, что обычно имеет место сочетание этих двух механизмов: как врожденная предрасположенность, так и связь с неблагоприятными экзогенными (внешними) факторами, к числу которых могут быть отнесены не только различные заболевания, которые усугубляют психическое состояние ребенка, но и психогенные факторы.

Наиболее часто встречающимися психологическими травмами в преддошкольном возрасте являются разлука с матерью, перемена места жительства, посещение детского учреждения (яслей, больницы) и пр. Дети, как правило, реагируют на различные психические травмы разного рода соматовегетативными расстройствами: у них могут наблюдаться температурные реакции, психосоматические заболевания, многообразные аллергические реакции, головные боли, нарушения ритма сна и пр. [Ушаков, 1973]. У детей, страдающих аутизмом, психологические травмы также проявляются на соматовегетативном уровне, но они могут в значительной степени углубить эмоциональную отчужденность малыша от близких ему людей. Некоторые родители впервые отмечали социальную отчужденность ребенка после разлуки с ним, смерти кого-то из близких, после семейного кризиса (развод и пр.). Однако, на наш взгляд, эти утверждения должны быть подвергнуты сомнению. Вероятнее всего, родители не замечали или не хотели замечать особенности психического состояния ребенка, а полученная психологическая травма лишь сделала отчужденность ребенка более выраженной.

Социальная отчужденность ребенка с аутизмом проявляется также в таком радикале, как *стремление избегать зрительного и слухового контакта с другими людьми.* Ребенок ни на кого не смотрит, не общается с окружающими. Дети с аутизмом крайне непродолжительное время способны сохранять в контакте со взрослым зрительное и слуховое внимание. У детей с аутизмом наблюдается повышенная чувствительность к различным раздражителям, в связи с чем слабое реагирование ребенка на зрительные,

слуховые, тактильные, кинестетические, температурные и другие раздражители является своеобразной защитной реакцией и проявлением отрешенности от окружающей действительности или ее отвержения. Уже в раннем возрасте дети с аутизмом едва переносят тиканье часов, шум бытовых приборов, капанье воды из водопроводного крана, едва заметное прикосновение, шум лампы искусственного освещения, громкий голос соседа или лай собаки, незнакомый запах в помещении и пр.

Уже в преддошкольном возрасте у детей с аутизмом можно наблюдать *трудности дифференцировки людей и неодушевленных предметов.* Ребенок с аутизмом может схватить другого ребенка за волосы, домашнюю кошку за хвост или неожиданно укусить родителя, постороннего человека и пр. Следует подчеркнуть, что такие реакции могут наблюдаться и у здорового ребенка в начале второго года жизни. Однако у детей с аутизмом эти реакции носят стойкий характер и могут проявляться в старшем возрасте. Подобные действия указывают на то, что ребенок плохо различает живые и неживые объекты, то есть относится к людям как к неодушевленным предметам.

Дети с аутизмом отличаются повышенной ранимостью, впечатлительностью, их реакции на окружающее часто непредсказуемы. Например, ребенок может не замечать отсутствия близких родственников, родителей, но при этом чрезмерно болезненно и возбужденно реагировать даже на незначительные перемещения и перестановки предметов в комнате. *Приверженность к сохранению неизменности окружающего* у детей с аутизмом Л. Каннер назвал феноменом тождества. Этот феномен проявляется у детей с аутизмом очень рано, даже на первом году жизни. Ребенок аффективно реагирует на перестановку кровати, перемену соски, даже на изменение штор, занавесок.

Пример

Родители ребенка с аутизмом рассказывали, что маленький Петя беспокойно спал, когда бабушка поменяла шторы в спальне. Мальчик громко кричал, глядя на окно. Позднее, когда ему было 2 года 4 месяца, перед занятием с психологом по дороге в поликлинику Пете купили новые ботинки. В кабинет психолога мальчик вошел возбужденным, громко кричал, предлагаемые игрушки не брал в руки. Родителям было предложено снять с сына новую обувь, и, после того как мальчику надели старую обувь, он быстро успокоился.

Среди важных радикалов аутистического поведения в преддошкольный период следует выделить *однообразное поведение ребенка.* Оно проявляется в наличии стереотипных, примитивных движений, таких как вращение кистей рук перед глазами, перебирание пальцев, сгибание и разгибание плеч и предплечий, раскачивание туловищем или головой, подпрыгивание на носках и пр. Особенно характерны вращательные движения кистями рук около глаз. Такие движения появляются или усиливаются при волнении, при попытке взрослого вступить в контакт с ребенком. Стереотипные действия могут наблюдаться

у детей с аутизмом и в процессе манипулирования с предметами: переставление предметов из одного места в другое, пересыпание песка или других сыпучих материалов, переливание воды, стереотипное нанизывание колец пирамидки или установка кубиков друг на друга.

В преддошкольном возрасте родители детей-аутистов обращают особое внимание на *речевые нарушения* у детей. Как правило, они крайне разнообразны. При более тяжелых формах часто наблюдается полное отсутствие речи (мутизм). У некоторых детей с аутизмом, напротив, речь на самых ранних этапах развития может развиваться нормально или даже ускоренно. В ряде случаев отмечается повышенный вербализм, который проявляется в избирательном отношении к определенным словам и выражениям. Ребенок постоянно произносит понравившиеся ему слова или слоги. Иногда ребенок с аутизмом разговаривает во сне.

Нарушения речи отражают основную специфику аутизма, а именно несформированность коммуникативного поведения. Родители, как правило, обращают

внимание в преддошкольный период на экспрессивную (выразительную) сторону речи ребенка и редко замечают неспособность ребенка к невербальному общению (жесты, мимика и пр.). У детей с аутизмом нарушено развитие коммуникативной функции речи. Независимо от времени появления речи, уровня ее развития, ребенок не использует речь как средство общения. Это проявляется в том, что он не отвечает на вопросы окружающих или близких людей. В то же время у него может достаточно интенсивно развиваться «автономная речь», «речь для себя». В процессе свободной игры ребенок может произносить целые фразы, слова, словосочетания. При этом часто наблюдается скандированное произношение: необычная интонация с преобладанием особой высокой тональности в конце фразы или слова. Особое внимание следует обратить на наличие эхолалий, которые в преддошкольном возрасте могут проявляться в повторении не только отдельных звуков, слогов и слов, но и отдельных фраз, являющихся отрывками радио- и телепередач, диалогов родственников, соседей пр. Многие родители отмечают, что до двух-трех лет их ребенок уже читал наизусть стихи, знал много слов, цифр.

По нашим наблюдениям, у большинства детей с аутизмом в период с 2-2,5 лет речь постепенно утрачивается. Как правило, это происходит на фоне расстройств аффективной сферы. У ребенка появляются страхи, наблюдается регресс игры, нарастают стереотипные однообразные движения. Параллельно с этим ребенок оказывается не в состоянии выполнить простые речевые инструкции, перестает использовать жесты и интонации в процессе общения. Распад речи нередко достигает у детей с аутизмом уровня тотального мутизма (полного отказа от использования речи).

Игровая деятельность детей с аутизмом в этот возрастной период весьма *специфична.* Она представлена стереотипными манипуляциями с неигровым материалом. Например, ребенок может долго переставлять обувь в прихожей, махать веревочкой или палкой, включать и выключать свет и пр. Причем большинство детей с аутизмом не любит игрушки, отрицает их, а если и выбирает игрушку, то, как правило, старую, потрепанную.

Пример

Мы наблюдали мальчика, дед и отец у которого в течение многих лет собирали коллекцию масштабных машинок. Мальчик категорически отказывался играть этими машинками, раскидывал их в разные стороны, брал в рот, обнюхивал и пр., но мог очень долго играть со старой «тележкой» с неполным набором колес, которую подобрал на детской площадке. Ребенок возил тележку по полу и кровати, не расставался с ней во время еды и сна.

Согласно наблюдениям У. Фрит, уже в возрасте одного года здоровые дети начинают осознавать, что действия людей мотивированы их желаниями и направлены на достижение определенных целей. У них формируются воображаемые действия, отражающие особенности социальных взаимодействий людей. Например, здоровый ребенок может поить куклу из пустой чашки, издавая при этом глотательные звуки, катать машинку, воспроизводя звуки мотора и пр. Как отмечает автор, дети с аутизмом *затрудняются в понимании сущности воображаемых действий* и испытывают трудности в процессе игр с участием воображения. Например, ребенок, страдающий аутизмом, будет просто непрерывно вертеть чашку в руках или держать машинку, не совершая воображаемых действий [Frith, 1992].

Однако мы не можем согласиться с высказываниями автора. Наши наблюдения показывают, что воображаемые действия у детей-аутистов чрезвычайно многообразны, но эти действия у них не всегда соответствуют функциональному значению предмета. Например, ребенок вместо машинки может катать вилку или ложку по столу, воображая, что это машинка. Или часами играть с палочками, камешками и другими неигровыми предметами, производя различные действия с ними, в том числе и стереотипные.

В этот возрастной период у многих детей с аутизмом активно проявляются *негативные аффективные реакции.* Наблюдается повышенная пугливость, склонность к

страхам, при этом особенно выражен страх новизны (неофобии). Ребенок с аутизмом пугается новых лиц, новых игрушек, нового места и пр. Несмотря на выраженные страхи, дети, особенно с тяжелой степенью аутизма, могут вести себя весьма парадоксально. Например, ребенок может прыгнуть в глубокую лужу во время прогулки, выбежать на проезжую часть улицы, схватить горячий или острый предмет.

В преддошкольном возрасте у большинства детей с аутизмом проявляются разнообразные *интеллектуальные нарушения.* Как уже подчеркивалось, у детей с аутизмом может наблюдаться нормальный уровень интеллектуального развития. В некоторых случаях отмечается ускоренное интеллектуальное развитие, неравномерное умственное развитие и резко задержанное развитие, вплоть до тяжелой умственной отсталости. Соответственно, психологу необходимо проводить тщательный анализ и оценку интеллектуального развития ребенка с аутизмом не только в процессе наблюдения, но и в ходе доступного ребенку экспериментально-психологического исследования.

Психологическая диагностика детей с ранним детским аутизмом в преддошкольный период является достаточно сложным и трудоемким процессом.

Мы уже отмечали, что важную роль в психическом развитии детей второго и третьего года жизни играет развитие предметно-практических действий. Поэтому процесс психологической диагностики должен проходить в контексте предметно-практической деятельности, доступной ребенку данного возраста.

Учитывая трудности психологической диагностики детей с аутизмом, необходимо придерживаться следующих *правил.*

1. Обследование должно проводиться в одно и то же время и в одном и том же месте.
2. Необходимо исключить прямой принудительный подход к ребенку. Не следует требовать и ругать ребенка, даже если он отказывается выполнять задание.
3. Обследование обязательно должно проводиться в присутствии матери. Перед обследованием необходимо предупредить мать о недопустимости принудительного контакта.
4. Если ребенок проявляет выраженный негативизм или страх, рекомендуется предложить выбрать игрушку. Не стоит делать ему замечание, если он вышел из-за стола, ходит по кабинету и пр.
5. В присутствии ребенка не следует собирать анамнез, так как дети очень чувствительны в отношении реакций матери при опросах.
6. Для улучшения контакта с ребенком необходимо постараться поймать его взгляд, повторить за ним его стереотипные действия или звуки.
7. Заблаговременно из зоны досягаемости для ребенка должны быть исключены бьющиеся или острые предметы, вода, еда и пр.
8. Если малыш возбужден, не слышит или не хочет слышать психолога, следует перейти на шепотную речь.
9. В случае если ребенок демонстрирует выраженный негативизм в ответ на просьбы и задания, необходимо подключить к процессу обследования третье лицо, например куклу из набора кукольного театра, и обращаться с просьбами к кукле, поощрять ее выполнять задания. Это активизирует ребенка с аутизмом.
10. Не следует отнимать игрушку, если ребенок берет ее в рот или обнюхивает. Такой способ обследования очень часто наблюдается у детей с аутизмом.
11. Из-за гиперчувствительности дети с аутизмом тонко реагируют на посторонние шумы, зрительные стимулы. Поэтому в кабинете должно быть мягкое освещение, тишина, отсутствие неприятных запахов.
12. Снижение психического тонуса у детей с РДА проявляется в том, что ребенок не выдерживает малейшего напряжения, быстро истощается. Поэтому рекомендуется дать ребенку отдохнуть от выполнения заданий или, наоборот, предъявлять их в ускоренном темпе, если ребенок успешно с ними справляется. Мы предлагаем схему и задания для

обследования детей преддошкольного возраста, разработанную нами и апробированную на детях с задержкой психического развития [Мамайчук, Ильина, 2004].

Таблица 9 Психологическая диагностика здоровых детей и детей с РДА от 12 до 15 месяцев

Цель		*Исследование уровня предметно-практической деятельности*
Задание 1		Предложите ребенку кубики размером 8 см. Покажите ему, как поставить один кубик на другой, чтобы сложить башню. Дайте ему возможность построить башню самостоятельно
Здоровые дети		Ребенок в 15 месяцев не тащит кубики в рот, не бросает кубики на пол, а в точности выполняет задание
Дети с РДА	Легкая стадия	Выполнение задания может вызвать некоторые трудности/Например, когда психолог показывает ребенку способ работы, у него может наблюдаться недостаточное сосредоточение на задании: он не смотрит на психолога, отвлекается на посторонние раздражители, берет кубик в руки, рассматривает его, выполняет задание по-своему (например, ставит кубики в ряд). При повторной попытке выполняет нужные действия, затем может разрушить постройку и неоднократно повторять эту последовательность действий
	Средняя стадия	В процессе выполнения самого задания могут наблюдаться нецеленаправленные действия в виде бросания, перекладывания кубиков из руки в руку. Ребенок отвлекается на другие игрушки, смотрит в сторону, отходит от стола
	Тяжелая стадия	Контакт затруднен. Не слушает психолога, постоянно отходит от стола, кидает кубики, берет их в рот, иногда может вращать кубиками около глаз, облизывать их. Отмечается двигательная расторможенность, «взгляд мимо», хаотичные, нецеленаправленные действия с кубиками
Цель		*Исследование уровня дифференцировки форм*
Задание 2		Для выполнения этого задания необходима доска с прорезями в виде трех геометрических фигур (круг, треугольник, квадрат). Место каждой фигуры на доске определяется соответствующей ее контуру ячейкой. На глазах у ребенка выньте три фигуры из ячеек доски и дайте круг в руки малышу: «Вложи этот кружок в отверстие доски, чтобы она была гладкой»
Здоровые дети		В 15 месяцев ребенок справляется с заданием на вкладывание круга. К 18 месяцам ребенок может правильно разложить все фигуры
Дети с РДА	Легкая стадия	Вынимает самостоятельно формы из ячеек, рассматривает их. Возможно кидание, обнюхивание. Не следит за действиями психолога, отвлекается. Может самостоятельно соотнести фигуру с местом. Такие задания вызывают повышенный интерес. На похвалу не реагирует, пытается повторить задание
	Средняя стадия	Как и при выполнении предыдущего задания, наблюдается выраженное недоразвитие ориентировочной основы деятельности. Характерны хаотичные манипуляции с фигурами. Соотнести их с местом не может. Не проявляет упорства при выполнении задания, быстро Отвлекается
	Тяжелая стадия	Может вытащить фигуру из отверстия, но не соотносит ее с местом. Уходит от задания. Иногда проявляются «разрушительные» действия: кидает фигуры на пол, может повторять эти действия неоднократно
Цель		*Исследование уровня дифференцировки величины предметов*
Задание 3		«Пирамидка». Покажите ребенку правильно собранную пирамидку, а затем попросите его сделать такую же. В течение нескольких минут воздержитесь от подсказки и наблюдайте за самостоятельной работой малыша
Здоровые дети		Как правило, здоровый ребенок на втором году жизни не учитывает размеры колец пирамидки и затрудняется расположить их последовательно. Однако он успешно соотносит кольца пирамидки с местом
Дети с РДА	Легкая стадия	Может принять задание, успешно разбирать или собирать пирамидку без учета величины. Наблюдается отвлекаемость, манипуляции с деталями, катание колец, раскладывание их на столе и пр.
	Средняя стадия	На просьбу психолога разобрать и собрать пирамидку не откликается, уходит от выполнения задания. Возможны примитивные манипуляции с деталями пирамидки: кидание, постукивание. Может самостоятельно разобрать пирамидку, но затрудняется при ее сборе. Отвлекается на другие задания
	Тяжелая стадия	Может взять пирамидку в руки, но не производит исследовательских действий. Инструкцию не слушает, стереотипно манипулирует с пирамидкой (вертит в руках, кидает и пр.)

Психологическая диагностика детей от 15 до 18 месяцев

Цель		*Исследование уровня предметно-практической деятельности*
Задание 1		«Тест с кубиками». Предложите ребенку четыре кубика размером 8 см* и попросите его построить башню. Если он не может это сделать самостоятельно, покажите ему, как поставить один кубик на другой, чтобы сложить башню. Затем попросите его построить поезд (четыре кубика в ряд), мост (один кубик стоит на двух других). Каждый раз наблюдайте за действиями ребенка, не торопитесь поправлять его
Здоровые дети		В 18 месяцев хорошим результатом для ребенка будет умение построить башню из трех- четырех кубиков
Дети с РДА	Легкая стадия	Может самостоятельно построить башню, но чаще выполняет эти постройки в свободной игре, а не по инструкции
	Средняя стадия	Слабо реагирует на речевую инструкцию, но может следить за действиями психолога. Может построить башню из кубиков в вертикальном положении в свободной игре. Отмечаются затруднения в горизонтальном расположении кубиков, конструировании дорожки, поезда. Не умеет обыгрывать постройку. Наиболее привычной формой обыгрывания постройки является ее разрушение
	Тяжелая стадия	Не реагирует как на речевую, так и на «зрительную» инструкцию. Постоянно уходит от контакта. В свободной игре может расставлять кубики, но без учета формы постройки. Стереотипные манипуляции с кубиками
Цель		*Исследование уровня дифференцировки форм*
Задание 2		«Тост с геометрическими фигурами». Используется доска, куб или шар с прорезями для круга, треугольника и квадрата. Выньте фигуры из прорезей и предложите ребенку вложить их обратно, чтобы доска снова стала гладкой
Здоровые дети		Ребенок в 18 месяцев обычно вкладывает круг правильно, а на него накладывает две другие фигуры
Дети с РДА	Легкая стадия	В свободной игре может правильно соотнести с местом не только круг, но и другие фигуры. Однако при просьбе психолога выполнить задание проявляет негативизм, уходит от общения
	Средняя стадия	Может случайно вложить фигуру в нужное отверстие в свободной игре. Отмечаются хаотичные манипуляции, уход от выполнения задания
	Тяжелая стадия	В свободной игре может «вытряхнуть» фигурки из отверстий, нецеленаправленно с ними манипулирует: кидает, крутит в руках. Контакт с психологом затруднен, уходит от выполнения задания
Цель		*Исследование уровня дифференцировки величины предметов*
Задание 3		*Тест* с пирамидкой. На глазах у ребенка рассыпьте пирамидку и попросите его собрать ее вновь (пирамидка состоит из двух колец). Понаблюдайте за самостоятельными действиями ребенка: способен ли он осуществлять целесообразную деятельность, обнаруживать ошибки и исправлять их

Здоровые дети		Ребенок к 18 месяцам собирает пирамидку, но учесть правильную последовательность еще не может, то есть собирает пирамидку без учета размеров колец
Дети с РДА	Легкая стадия	В свободной игре может собрать пирамидку с учетом величины колец. Например, начать с самого большого кольца. Однако соблюдение последовательности затруднено. В процессе общения со взрослым может уйти от задания, могут наблюдаться хаотичные манипуляции с кольцами
	Средняя стадия	Успешно разбирает пирамидку, особенно в свободной игре. Испытывает существенные трудности в сборе колец, особенно с учетом размера. В свободной игре может собрать кольца, но без учета величины. Наблюдается повышенная отвлекаемость при выполнении заданий
	Тяжелая стадия	Уходит от выполнения задания, не смотрит на психолога. В свободной игре не выполняет функциональных действий с игрушкой. Кидает, кусает ее, раскидывает кольца. Испытывает оживление при выполнении этих действий. Затрудняется собрать кольца на стержень, отвлекается на другое задание
Цель		*Исследование уровня развития двигательной сферы (крупной погорит)*
Задание 4		Ребенка просят спуститься, подняться по лестнице, принести игрушки, перешагнуть через небольшой предмет
Здоровые дети		В полтора года ребенок обычно может сам подниматься и спускаться по лестнице, способен нести с собой игрушки, перешагивать через палку, лежащую на полу
Дети с РДА	Легкая стадия	Наблюдается двигательная заторможенность или расторможенность, в зависимости от обстановки. В привычной обстановке движения достаточно координировании. В непривычной обстановке наблюдается скованность или импульсивность движений
	Средняя стадия	Может наблюдаться неустойчивая походка, трудности ходьбы по лестнице, особенно при спускании с нее. Движения слабо координированны
	Тяжелая стадия	Часто наблюдается задержка в развитии ходьбы. Одновременно начинает бегать и ходить. Бег отличается импульсивностью, порывистостью. Характерен бег с широко расставленными руками. Нередко ходит на цыпочках
Цель		*Оценка развития тонкой моторики*
Задание 5		Дайте ребенку лист бумаги и мягкий карандаш. Покажите, как можно провести горизонтальную и вертикальную линии. Попросите его повторить ваши действия
Здоровые дети		Ребенок полугора лет повторяет штрих, отдаленно напоминающий прямую линию
Дети с РДА	Легкая стадия	Затруднив имитация движений взрослого. Сопротивляется при оказании помощи. В свободной игре может карандашом провести вертикальные и горизонтальные линии. Отмечаются стереотипии (повторяющиеся движения)
	Средняя стадия	Не может повторить любое движение взрослого из-за трудностей контакта. В свободной игре может удерживать карандаш и наносить неопределенные линии. Наблюдается хаотичность, нецеленаправленность графических движений. Редко обращает внимание на результат. Карандаш удерживает в кулаке, но делает это неуверенно
	Тяжелая стадия	Инструкцию не воспринимает, отвлекается. Удерживает карандаш, но часто использует его не по назначению: берет в рот, кусает, кидает, пачкается, перекладывает из руки в руку
Цель		*Оценка развития памяти*
Задание 6		Попросите ребенка выполнить несколько действий подряд: встать со стула, обойти стол кругом, взять книгу, передать ее маме
Здоровые дети		Ребенок в полтора года уже может запомнить и воспроизвести 3-4 действия, по памяти
Дети с РДА	Легкая стадия	Затруднено выполнение действия по памяти. Наблюдается высокое развитие зрительной и слуховой памяти. Более доступно запоминание маршрута на прогулке, расположение знаков на грампластинке или на кассете (безошибочно выбирает нужную музыку). Запоминает стихи, тексты
	Средняя стадия	Действия не повторяет, так как с трудом сосредоточивается на инструкции (уходит от контакта). Кроме того, может испытывать трудности при слуховом восприятии инструкции. Между тем демонстрирует хорошее развитие зрительной памяти. Запоминает песни, любит слушать музыку
	Тяжелая стадия	Контакт невозможен, хотя действия может запомнить. Возможны отсроченные реакции (г1овторение отдельных действий в свободной игре). Проявляет недовольство, когда не включают музыку. Капризничает, бегает, но свои просьбы не выражает даже жестом
Цель		*Оценка речевого развития*
Задание 7		Покажите ребенку несколько простых предметов: бутылочку, куклу, машинку, мяч, чашку. Спросите его: «Что это?»
Здоровые дети		В полтора года ребенок может назвать как минимум один предмет
Дети с РДА	Легкая стадия	Слабость или отсутствие реакции на речь взрослого, не смотрит в лицо говорящему. Лучше реагирует на шепот. Предлагаемые предметы не называет. Может быть развита фразовая речь, но не обращенная к человеку. Эхолалии не только отдельных слов, но и фраз
	Средняя стадия	Задание не выполняет, так как нет реакции на речь взрослого. Могут наблюдаться эхолалии и аффективные слова
	Тяжелая стадия	Контакт затруднен. Активно манипулирует с предметами, инструкцию не понимает. Отсутствует фиксация взгляда на говорящем. Эхолалия отдельных звуков. Речевой мутизм

Диагностика психического развития ребенка от 18 месяцев до двух лет

Цель		*Исследование уровня предметно-практической деятельности*
Задание 1		Предложите ребенку девять кубиков размером 8 см' и попросите его построить башню. Затем дайте ему задание построить поезд без трубы (расположить кубики в ряд). При необходимости покажите, как это сделать
Здоровые дети		Двухлетний ребенок может самостоятельно построить башню из восьми кубиков, а после показа - построить поезд без трубы
Дети с РДА	Легкая стадия	В свободной игре может выполнить эти задания. Отмечается стереотипность действий. Не всегда учитывает доступное пространство: например, отбирает большое количество кубиков, делает дорожку, которая не умещается на столе
	Средняя стадия	В свободной игре может строить башни из кубиков. Конструирование построек в горизонтальном направлении затруднено. Выраженные стереотипии. Разрушает постройки. На задании сосредоточивается не длительно
	Тяжелая стадия	Производит нецеленаправленные движения с кубиками. Иногда может поставить их друг на друга, но без учета устойчивости конструкции. На заданиях сосредоточивается недлительно, отвлекается, убегает. Не имитирует движения взрослого
Цель		*Исследование уровня дифференцировки форм*
Задание 2		Используется доска, куб или шар с прорезями для круга, треугольника и квадрата. Выньте фигуры из прорезей и предложите ребенку вложить их обратно, чтобы доска снова стала гладкой
Здоровые дети		Ребенок двух лет уже справляется со всем заданием, правильно размещая на доске все три геометрические фигуры. При этом результат может достигаться не сразу, допустимо выполнение четырех ошибочных проб
Дети с РДА	Легкая стадия	В свободной игре может правильно соотнести фигуры и прорези для них. Наблюдается значительное число «пробующих» движений. Игра вызывает интерес у ребенка, но в ответ на просьбу выполнить задания возможны проявления негативизма, уход. Проявляет повышенный интерес к бытовым предметам (кастрюлям и пр.). С удовольствием закрывает их крышками
	Средняя стадия	Задание, как правило, не принимает. В свободной игре затрудняется в правильном соотнесении фигур и прорезей. Быстро отвлекается. Наблюдаются «пробующие движения», но истощение быстро нарастает, характерен уход от выполнения задания
	Тяжелая стадия	Использует предметы не по назначению. Кидает доски, стучит. Выпавшие фигурки кладет в рот, облизывает. На инструкцию психолога не реагирует, уходит от контакта
Цель		*Исследование уровня дифференцировки величины предметов*
Задание 3		Рассыпьте пирамидку из колец и попросите ребенка собрать ее вновь
Здоровые дети		При небольших подсказках ребенок справляется с заданием, правильно нанизывает два кольца на стержень с учетом размера. Но затрудняется, если видит перед собой большее число колец
Дети с РДА	Легкая стадия	Успешно справляется с заданием в свободной игре. В присутствии психолога или другого взрослого отказывается

		выполнять задание, отмечаются хаотичные манипуляции
	Средняя стадия	Затруднено соотнесение колец по величине. Может собрать пирамидку, но без учета величины колец
	Тяжелая стадия	Отсутствие интереса к функциональному значению пирамидки. В свободной игре расставляет кольца на столе, кидает их, но не собирает на стержень
Цель		*Диагностика уровня развития бытовых навыков*
Здоровые дети		Двухлетний ребенок может вставить ключ в замочную скважину, поворачивает ручку двери, нажимает на кнопку звонка, «кормит» и баюкает куклу, возит машину, надевает носки, туфли, штанишки
Дети с РДА	Легкая стадия	Запаздывает в развитии навыков самообслуживания. Позже пользуется ложкой, одевается. При аффективно значимой ситуации может самостоятельно надеть носки, сапоги и выполнить действия, соответствующие его возрасту
	Средняя стадия	Затрудняется в выполнении действий. Отмечаются хаотичные движения. Развитие навыков самообслуживания задержано. При аффективно значимой ситуации может проявить самостоятельность в одевании, но путает правый и левый ботинок, неправильно натягивает носки и пр.
	Тяжелая стадия	Не проявляет навыков самостоятельности. Не требует, чтобы его одели. Может наблюдаться неопрятность. Страх горшка. Полевое поведение, испражняется в любом месте
Цель		*Оценка развития двигательной сферы (крупной моторики)*
Здоровые дети		Двухлетний малыш уже достаточно хорошо владеет своим телом. Он может поднять игрушку с пола, нагнувшись; перешагивает через препятствия, чередуя шаг; попадает по мячу ногой; умеет ходить по поверхности шириной 15-20 см; может влезть на стул, чтобы достать игрушку
Дети с РДА	Легкая стадия	Может наблюдаться двигательная заторможенность или расторможенность, медлительность, угловатость или порывистость движений. При выполнении заданий по просьбе взрослого возможны двигательные стереотипы (однообразные повороты головы, раскачивания и др.). Затруднена имитация движений взрослого из-за трудностей установления контакта
	Средняя стадия	При ходьбе могут наблюдаться скованные движения, что затрудняет овладение координированными движениями. Значительное число стереотипных движений (кружение вокруг своей оси, размашистые движения). Затруднено повторение движений взрослого
	Тяжелая стадия	Выраженные двигательные стереотипии (раскачивания, вращение рук перед лицом, кружение вокруг своей оси). Возможна грациозная походка с наличием порывистых движений. Бег импульсивный со стереотипным перемежеванием ног и застыванием. Движения по просьбе взрослого не имитирует, уходит от выполнения задания
Цель		*Диагностика развития тонкой моторики*
Задание 4		Дайте ребенку лист бумаги и мягкий карандаш. Покажите, как можно провести горизонтальную и вертикальную линии. Попросите его повторить ваши действия
Здоровые дети		В два года ребенок уже может подражательно (после показа взрослым) повторить рисование вертикальных и горизонтальных линий
Дети с РДА	Легкая стадия	Наблюдаются различия в моторной ловкости в привычной обстановке и вне ее. В свободной игре может проводить карандашом вертикальные и горизонтальные лиши, по инструкции взрослого затрудняется, проявляет настороженность, движения скованны. Указательный жест наблюдается в привычной обстановке
	Средняя стадия	Удерживает карандаш в кулаке. В свободной игре может проводить горизонтальные линии, наблюдаются стереотипии, размашистые движения. По инструкции задания, как правило, не выполняет. Отсутствует указательный жест. Свои просьбы может выразить взмахом руки
	Тяжелая стадия	Берет карандаш в руки, наблюдаются стереотипные действия. При показе задания не сосредоточивается. Может проводить различные движения карандашом по бумаге. Отмечаются стереотипии, сильный нажим (рвет бумагу). Свои просьбы каким-либо движением не выражает. Сам тянется к нужному предмету или кричит
Цель		*Оценка* развития памяти
Задание 5		Попросите ребенка выполнить несколько действий подряд: встать со стула, подойти к столику, взять со столика карандаш, принести карандаш и положить
Здоровые дети		Двухлетний ребенок может запомнить и повторить 4-5 действий
Дети с РДА	Легкая стадия	Способен повторить простые действия, но по инструкции. Например, встать. Двусложные действия (возьми и принеси) выполнять затрудняется. Однако в привычной обстановке и со знакомыми результативность выполнения задания выше. Возможно повторение заданий в свободной игре, что подчеркивает хорошее развитие памяти
	Средняя стадия	Выполнение задания затруднено из-за трудностей установления контакта. В свободной игре способен повторить отдельные задания
	Тяжелая стадия	Отсутствие реакции на словесное обращение. Не выполняет задание из-за трудностей установления контакта. Помнит маршруты на прогулке, свои вещи, порядок их расположения и пр.
Цель		*Оценка речевого развития*
Задание 6		Покажите ребенку несколько простых предметов: бутылочку, куклу, ботинок, машинку, мяч, чашку. Спросите его: «Что это?»
Здоровые дети		Двухлетний ребенок называет от 2 до 5 предметов правильно
Дети с РДА	Легкая стадия	Словарный запас достаточно высокий. В словаре малоупотребляемые (не детские) слова. Наблюдаются комментирующие, аффективные фразы. Называние слов по картинке по инструкции затруднено. Может наблюдаться отсроченное воспроизведение предложенных слов
	Средняя стадия	Задание не выполняет. Наблюдаются эхолалии (непроизвольно произносит отдельные слова или повторяет их)
	Тяжелая стадия	Не сосредоточивается на задании. Берет предъявляемые предметы в руки, в ряде случаев осуществляет рудиментарные действия с ними (кусание, кидание, обнюхивание). Возможны эхолалии

Таблица 10 Диагностика психического развития ребенка третьего года жизни

Цель		*Исследование уровня предметно-практической деятельности*
Задание 1		Предложите ребенку построить башню из девяти кубиков размером 8 см
Здоровые дети		Здоровый ребенок выполняет это задание без предварительного) показа. Далее, после показа, строит поезд с трубой и мост
Дети с РДА	Легкая стадия	Ребенок затрудняется в выполнении задания по речевой инструкции. Способен выполнить задание по подражанию. В процессе свободной игры может успешно строить башню и поезд
	Средняя стадия	На речевую инструкцию не реагирует, отвлекается. Накладывает кубики друг на друга (строит башню) и разрушает их. В свободной игре может располагать кубики горизонтально, не обыгрывает постройку
	Тяжелая стадия	Хаотично манипулирует с кубиками. Может поставить их друг на друга, но быстро истощается. Раскидывает кубики, берет их а рот, может облизывать
Цель		Исследование *способности дифференцировать форму предметов*
Задание 2		Предложите ребенку знакомую для него доску с вырезанными геометрическими фигурами (крут, треугольник, квадрат), но теперь каждая фигура состоит их двух частей
Здоровые дети		Ребенок принимает задание, соотносит фигуры с местом, но иногда затрудняется в их сложении. После показа психолога успешно справляется с заданиями

Дети с РДА	Легкая стадия	Затрудняется самостоятельно выполнить задание. Пытается соотнести часть фигуры с местом, но без учета формы. После прямого показа психолога эффективность выполнения заданий не улучшается. В свободной игре и в привычной обстановке с заданием справляется
	Средняя стадия	Хаотично манипулирует с фигурами. Методом проб и ошибок пытается соотнести их с местом. На задании сосредоточивается недлительно, быстро отвлекается. На помощь психолога реагирует слабо, проявляет негативизм, выполняет задание по-своему. В свободной игре может правильно соотнести крут с местом. Сложение фигур недоступно
	Тяжелая стадия	Отмечаются хаотичные манипуляции с фигурами и доской, раскидывает их. Наблюдается рудиментарное обследование (берет в рот, кидает и пр.). В свободной игре с заданием не справляется
Цель		*Исследование уровня дифференцировки величины предмета ^дифференцирсяшвемчишпоедмета*
Задание 3		Рассыпьте пирамидку из колец и попросите ребенка собрать ее вновь
Здоровые дети		Здоровый ребенок самостоятельно собирает пирамидку из нескольких колец, ориентируясь на их размер
Дети с РДА	Легкая стадия	Может самостоятельно разобрать пирамидку, при ее сборе хаотично расставляет кольца. На инструкцию и показ психолога реагирует слабо. В свободной игре может правильно выполнить задание
	Средняя стадия	Может самостоятельно разобрать пирамидку. Не реагирует на инструкцию психолога. В свободной игре собирает ее, но без учета величины колец
	Тяжелая стадия	Совершает примитивные манипуляции с пирамидкой: стучит, кидает, берет в рот. На инструкцию не реагирует. Функциональных действий не производит
Цель		Оценка развития памяти
Задание 4		Попросите ребенка сказать вам, с кем он живет дома, что он ел на завтрак, во что любит играть. Дайте ему задание повторить фразу: «Летом в лесу было много грибов и ягод», а затем воспроизвести подряд три цифры: 2,5,9
Здоровые дети		Ребенок хорошо отвечает на вопросы, повторяет фразу из 6-7 слов, а также воспроизводит цифры подряд
Дети с РДА	Легкая стадия	Контакт затруднен, но в привычной обстановке может ответить на вопросы психолога. Воспроизведение цифр вызывает сложности, но спустя некоторое время может их повторить
	Средняя стадия	Контакт затруднен. На прямые вопросы отвечать затрудняется. Отмечаются эхолалии. Повторение цифр возможно, но в свободной игре, не в обстановке психологического обследования
	Тяжелая стадия	Уходит от вопросов. Не сосредоточивается на задании, отвлекается. Берет предметы со стола, хаотично с ними манипулирует. Возможны эхолалии (повторение отдельных слов психолога)
Цель		*Диагностика развития пространственных представлений*
Задание 5		Сядьте с ребенком за стол, друг напротив друга. Положите по две одинаковые игрушки перед собой и перед ребенком: кукла справа от вас, медвежонок - слева. Затем скажите: «Медвежонок с куклой пошли гулять», после чего уберите со стола свои игрушки и игрушки ребенка. Далее посадите перед собой куклу слева, а медвежонка справа и попросите, чтобы ребенок сделал так же
Здоровые дети		Здоровый ребенок выполняет задание с некоторой помощью, может 1-2 раза ошибиться при смене положения игрушек. В целом способен ориентироваться в пространстве по образцу и по слову
Дети с РДА	Легкая стадия	Затруднено воспроизведение пространственных отношений, особенно по словесной инструкции
	Средняя стадия	Задание не выполняет, отвлекается, самостоятельно манипулирует с игрушками. На речевую инструкцию не реагирует
	Тяжелая стадия	Не слушает инструкции. Манипулирует с игрушками. Перекладывает, кидает. Не выполняет действий даже по подражанию
Цель		*Оценка речевого развития*
Задание 6		Попросите ребенка назвать предметы, изображенные на картинках (от 10 до 15 предметов)
Здоровые дети		Ребенок к трем годам называет все предметы, изображенные на картинках
Дети с РДА	Легкая стадия	Может назвать 10 и более предметов, изображенных на картинках, но в привычной обстановке и в спокойном состоянии
	Средняя стадия	Способен выбрать или показать 2-3 картинки по просьбе психолога, но дать им другие названия
	Тяжелая стадия	Манипулирует с картинками, но не показывает при речевой инструкции и не называет
Цель		*Диагностика развития двигательной сферы (крупной моторики)*
Здоровые дети		К трем годам ребенок может выполнять следующие действия: простоять несколько секунд на одной ноге; поднимаясь вверх по лестнице, ставить по одной ноге на каждую ступеньку; спускаясь, ставить на ступеньку обе ноги; прыгать на двух ногах; ездить на трехколесном велосипеде
Дети с РДА	Легкая стадия	Все эти действия доступны ребенку, но затруднено их выполнение по инструкции. В привычной обстановке ребенок с ними справляется
	Средняя стадия	Затруднено выполнение двигательных проб по речевой инструкции. В привычной обстановке наблюдается скованность, неловкость движений. Затруднено формирование двигательных умений (езда на велосипеде)
	Тяжелая стадия	Выраженные двигательные стереотипы (прыжки, раскачивания, однообразные повороты головы). На речевую инструкцию не реагирует. По подражанию может произвести отдельные действия, например поднять руку
Цель		*Диагностика развития тонкой моторики*
Здоровые дети		Ребенок уже может после показа нарисовать круг, крест, человечка, правда пока без туловища. Следует иметь в виду, что успехи в рисовании очень сильно зависят от обучения: если ребенок никогда раньше не видел, как держат карандаш, он вряд ли выполнит эти задания
Дети с РДА	Легкая стадия	В свободной игре и в привычной обстановке может выполнить задания. Нередко наблюдаются стереотипные рисунки - например, одни круги. Может удерживать карандаш в кулаке, однако качество рисунков хорошее
	Средняя стадия	Затруднено выполнение рисуночных тестов по инструкции. Изображение вертикальных и горизонтальных линий может быть доступно в свободной игре, затрудняется в изображении геометрических фигур. Линии неровные, нередко заходит за пределы листа бумаги
	Тяжелая стадия	Может проводить вертикальные линии в свободной игре. Часто выходит за пределы листа бумаги, рисует на столе. На занятиях сосредоточивается недлительно. Нередко рвет бумагу, чиркает карандашом по стенам, мебели, полу
Цель		*Диагностика способности к общению*
Здоровые дети		В процессе общения со взрослыми и детьми ребенок двух-трех лет должен здороваться и прощаться, употреблять слова, выражающие просьбу, благодарность («спасибо», «пожалуйста»), проявлять внимание,

		сочувствие к другим детям (делиться игрушками, угощениями, уступать), отзываться на просьбу другого ребенка, помогать ему
Дети с РДА	Легкая стадия	Навыки общения не сформированы. Затруднен визуальный контакт. Активно избегает встречного взора. Реакция на нового человека - тревога, страх. Игнорирует контакты с другими детьми, однако знает всех по имени. При физическом контакте проявляет негативизм, не переносит прикосновений
	Средняя стадия	Оказывает сопротивление при попытке организации контакта. Демонстрирует тревогу и страх, двигательное беспокойство. В процессе общения может схватить ребенка или взрослого за волосы, укусить, оттолкнуть, то есть отношение к субъекту общения скорее как к неодушевленному предмету
	Тяжелая стадия	Не обращает внимания на присутствие детей или взрослых. При попытке прикоснуться уходит от общения. Взгляд мимо собеседника. Стереотипии. При шуме затыкает уши. Постоянно уходит от общения

В процессе выполнения тестовых заданий необходимо обратить особое внимание на эмоциональные, коммуникативные и поведенческие радикалы, наблюдаемые у ребенка.

Эмоциональные радикалы:

• постоянное наличие тревоги при разлуке с родителями, особенно с матерью, или, наоборот, игнорирование ребенком отсутствия матери;

• раздражение, плач, двигательное беспокойство, поддающиеся или не поддающиеся успокоению со стороны психолога;

• наличие страха при предъявлении новых, незнакомых предметов.

Коммуникативные радикалы:

• речевая активность;

• реакция на похвалу, поощрение;

• способ выражения своих просьб (жестом, голосом, звуком, словом), в том числе полное отсутствие обращений, как в жестовой, так и в речевой форме.

Поведенческие радикалы:

• особенности сосредоточения на задании, частота отвлекания;

• избыточная активность в виде двигательной расторможенности или заторможенность, стереотипии, суетливость, полевое поведение (часто плачет, смеется, совершает разрушительные действия и пр.);

• уклонение от зрительных контактов, тревога и страхи или, наоборот, чрезмерное «спокойствие», отсутствие интереса к окружающему.

Наличие этих радикалов указывает на вероятность аутистических тенденций у ребенка.

Глава 6
ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПЕРЦЕПТИВНЫХ И МНЕМИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Как отмечалось выше, стержневым фактором в клинико-психологической структуре дефекта у детей с ранним детским аутизмом является «уход в себя» — резко выраженная недостаточность контактов с окружающим миром.

Исследования возрастной динамики развития у детей с аутизмом показывают, что с возрастом у них наблюдается частичное сглаживание дизонтогенетических проявлений. Это проявляется в улучшении развития механической памяти, речи, в усвоении социально-бытовых навыков, в формировании игровой деятельности [Kanner, 1943; Bosch, 1962; DeMyer, 1976; Мнухин, Зеле-нецкая, Исаев, 1967; Башина, 1974; Спиваковская, 1980; Каган, 1981; и др.]. Однако сохраняется выраженная задержка в развитии аффективной сферы [Лебединский, 1985; Башина, 1999; Спиваковская, 1980; Никольская, Баенская, Либлинг, 1997; и др.].

Качественными отличиями возрастной динамики при искаженном дизонтогенезе, наблюдаемом при аутизме, по сравнению с нормой, являются асин-хррния и изоляция в развитии отдельных психических функций [Лебединский, 1985]. При этом развитие психических функций у детей с аутизмом находится в непосредственной зависимости и от социальной ситуации, в которой воспитывается ребенок.

Анализ публикаций свидетельствует о том, что психологических исследований возрастной динамики развития детей с аутизмом явно недостаточно. Подавляющее

большинство исследований проводилось в рамках различных теоретических направлений (психоаналитического, поведенческого, когнитивного и пр.), в русле которых анализировались качественные характеристики развития аффективной и интеллектуальной сферы детей с аутизмом. Так, например, психоаналитики акцентировали свое внимание на связи раннего психологического стресса, специфических нарушений родительско-детских отношений и патологического развития когнитивных процессов личности ребенка. Каждое из существующих направлений представляет большой интерес для психолога-практика, особенно при разработке и внедрении психокоррек-ционных программ.

Между тем вариабельность нарушений интеллектуальных, эмоционально-волевых, личностных и поведенческих сфер у детей с аутизмом чрезвычайно велика, что затрудняет выделение групп по степени и структуре нарушения каждой функции.

В работах отечественных и зарубежных психологов выделены факторы, негативно влияющие на развитие психики ребенка с РДА. К ним относятся [Лебединский, 1985]:

- энергетическая недостаточность;
- слабость побуждений;
- быстрая истощаемость и пресыщаемость в процессе вынужденного общения при выполнении аффективно не значимой деятельности;
- низкие сенсорные пороги;
- выраженный отрицательный эмоциональный дискомфорт.

Все эти факторы в значительной степени искажают формирование моторных, сенсорно-перцептивных, мнемических, интеллектуальных и речевых процессов у детей с аутизмом.

Рассмотрим особенности психического развития детей с аутизмом дошкольного возраста с различной степенью тяжести аффективной патологии по следующим блокам:

1) особенности моторного развития;
2) особенности развития когнитивных процессов;
3) особенности интеллектуального развития;
4) особенности речевого развития.

У детей, страдающих аутизмом, наблюдается своеобразное развитие *моторных функций.* Нередко оно проявляется в отсутствии плавности движений, неловкости, неуклюжести, в недостаточно координированной походке, в недоразвитии тонкой моторики. В более тяжелых случаях наблюдаются нарушения организации программы движения при относительно удовлетворительном уровне развития координации движений. Исследователями установлена прямая связь между характером первичных двигательных расстройств, связанных с регуляцией мышечного тонуса, и речевыми нарушениями. Отсутствие плавности движений указывает на нарушение связи между корковыми и подкорковыми функциями, их тонической и синергической основами [Лебединский, 1985]. По мере увеличения степени тяжести РДА отмечаются выраженные нарушения программы движения и зрительно-моторной координации.

Особенности развития моторных функций в зависимости-от степени тяжести аффективной патологии представлены в таблице 11. Мы разделили детей на четыре группы, воспользовавшись классификацией О. С. Никольской с соавторами [1997].

Таблица 11 Особенности развития моторных функций в зависимости от степени тяжести аффективной дезадаптации

Степень тяжести дезадаптации	**Крупная моторика**	**Тонкая моторика**
Группа 1	При импульсивных, бесцельных действиях у ребенка могут наблюдаться высоко координированные, пластичные движения.	Наблюдается точное движение рук при попытке схватить предмет, игрушку. При выполнении задания по инструкции,

	Например, ходьба по узкой доске, подпрыгивание со сложным чередованием ног	например во время рисования по опорным точкам или сбора пирамидки, наблюдается неловкость движений, неустойчивость внимания
Группа 2	Движения менее координировании и пластичны, чем у детей первой группы. Наблюдается скованность, напряженность мышечного тонуса	Недоразвитие тонкой моторики наблюдается не только в процессе занятий, но и в свободной деятельности ребенка
Группа 3	Моторная неловкость, нарушение мышечного тонуса, слабая координация движений туловища, рук, ног, тяжелая походка	Недоразвитие тонкой моторики проявляется в несформированности графических умений, письма, навыков самообслуживания
Группа 4	Выраженных нарушений в развитии моторных функций не прослеживается. Наблюдаются трудности в усвоении моторных навыков. В целом движения отличаются меньшей плавностью, замедленностью, чем у здоровых детей	Выраженных нарушений мелкой моторики не наблюдается. Однако при вынужденном общении повышается мышечный тонус, что негативно отражается на эффективности выполнения графических проб, скорости выполнения заданий (например, нанизывания бус, сбора мелкой мозаики)

Наблюдения специалистов показывают, что особенности *восприятия* аутич-ных детей дошкольного возраста весьма разнообразны. Например, ребенок может не услышать громкий звук вблизи от себя, но в то же время отреагировать на шепотную речь взрослого, на отдаленный звук транспорта.

В зарубежной психологической литературе выделены два вида дефицита *когнитивных функций* у детей с аутизмом: когнитивный дефицит частного характера («specific») и когнитивный дефицит общего характера («general»), связанный с нехваткой навыков переработки информации, планирования и концентрации внимания [Klinger & Dawson, 1995; цит. по: Мэш, Вольф, 2003, с. 342]. В соответствии с этим авторы выделяют два основных типа сенсорно-перцептивных нарушений у детей с аутизмом: сенсорная доминантность («sensory dominance») и чрезмерная избирательность («overselectivity») при восприятии стимулов.

Сенсорная доминантность рассматривается как тенденция ребенка фокусировать свое внимание на стимулах в определенной модальности, например предпочитать зрительные стимулы слуховым. Некоторые дети реагируют на раздражители в одной сенсорной модальности, полностью игнорируя другую. Так, они нередко затыкают уши при общении со взрослыми или сверстниками, но охотно трогают собеседника, рассматривают его лицо, одежду. К чрезмерной избирательности при восприятии стимулов относится тенденция у ребенка фокусировать внимание на тех или иных характеристиках предметов или окружающей обстановки, игнорируя другие, не менее важные, характеристики. Ребенок может проявлять интерес только к определенным продук-

там питания, игрушкам, мелодиям, игнорируя другие, не менее интересные для детей, предметы и звуки. Э. Мэш и Д. Вольф подчеркивают, что дети с аутизмом обладают «туннельным» зрением или слухом. Это обусловлено узкой направленностью их восприятия на отдельные аффективно незначимые детали, что крайне затрудняет для них изучение окружающего мира.

А. Зигман, один из исследователей, разрабатывающих ранее уже упоминавшуюся нами *теорию распознавания психических состояний* («theory of mind») [Sigman, 1995; цит. по: Мэш, Вольф, 2003], проводя многочисленные исследования, обратил внимание на трудности восприятия социальной информации у детей с аутизмом, а также ситуаций, требующих понимания специфики социальных взаимодействий.

Как отмечают С. Барон-Коэн, А. Лесли, У. Фрит [Baron-Cohen, Leslie, Frith, 1985], у детей с аутизмом наблюдаются трудности понимания специфики различных психических состояний — как других людей, так и своих собственных. К таким психическим

феноменам относятся, в частности, намерения, эмоции и желания. В то время как в возрасте четырех лет почти все здоровые дети способны догадываться о том, что другой человек знает, думает или считает правильным, детям с аутизмом крайне трудно делать подобного рода предположения, даже в более старшем возрасте. Авторы также подчеркивают, что дети с аутизмом способны воспринимать физические события, которые они могут непосредственно наблюдать, но формирование представлений о невидимых аспектах реальности, таких как психические состояния людей, представляет для них значительные трудности.

Способность человека распознавать собственные и чужие психические состояния получила название ментализации («mentalisafion»). Барон-Коэн [Baron-Cohen, 1995] предполагает, что основные проблемы у детей, страдающих аутизмом, возникают вследствие дефицита процессов ментализации. То есть аутичные дети в той или иной степени страдают «психической слепотой». Автор подчеркивает, что у них не развивается способность естественным образом распознавать психические состояния других людей. Например, большинство пятилетних детей на вопрос — «Для чего нужен мозг?» — отвечает, что мозг нужен для того, чтобы думать, мечтать, хранить тайны и т. д. Однако если такой вопрос задать ребенку, страдающему аутизмом, он, скорее всего, скажет, что с помощью мозга люди двигаются, ни словом не упомянув о мыслительной деятельности [Baron-Cohen, Leslie, Frith, 1985]. Дети, обнаруживающие дефицит процессов ментализации, способны усваивать, запоминать и хранить фрагменты социально значимой информации, однако они плохо понимают смысл этих фрагментов.

Высказанные авторами предположения были подтверждены экспериментальными исследованиями. Для определения способности детей с аутизмом к распознаванию психических состояний других людей использовался тест Сэлли-Энн (Sally-Anne Test), направленный на исследование простейших процессов ментализации у детей. «В качестве реквизита используются две куклы по имени Сэлли и Энн. У Сэлли есть корзина, у Энн — коробка. Сэлли кладет шарик в корзину, накрывает ее и уходит из комнаты. Энн достает шарик из корзины и прячет в своей коробке. Сэлли возвращается с прогулки и хочет поиграть с шариком. Тестовый вопрос: где Сэлли будет искать шарик?

Большинство четырехлетних детей уверенно отвечает на этот вопрос: Сэлли будет искать шарик в корзине — там, куда она его положила. Даже умственно отсталые дети осознают, что Сэлли должна думать, будто шарик лежит там, где она его оставила. Как и нормальные дети, они отвечают, что Сэлли не знала о том, что Энн сделала с шариком, пока ее не было в комнате» [Мэш, Вольф, 2003, с. 344].

Авторы теории распознавания психических состояний подчеркивают, что здоровые дети способны приписывать другим людям различные психические состояния. Ребенок понимает, что человек может иметь ложное представление о ситуации. Ложное представление является психологическим, а не физическим состоянием, и выступает в роли фактора, позволяющего с большой долей вероятности как объяснять, так и предсказывать поведение людей: в данном случае — предсказать то, что Сэлли в поисках шарика заглянет в свою корзину. «Понимание сути ложных представлений естественным образом предполагает и понимание сути истинных представлений — соответствующих действительности предположений о том, что другой человек знает и чего он не знает; предположений о его намерениях и чувствах» [цит. по: Мэш, Вольф, 2003, с. 344].

Для большинства детей старше четырех лет, страдающих аутизмом, этот элементарный тестовый вопрос представляет значительные трудности. Как правило, они дают на него неправильный ответ. Они отвечают, что Сэлли будет искать шарик в коробке у Энн (где он действительно находится), несмотря на то, что они помнят, как Сэлли положила шарик в корзинку и что ее не было в комнате, когда Энн переложила его в коробку. Они в состоянии запомнить эту несложную последовательность событий, но не способны сделать на основе известных им фактов вывод, состоящий в том, что Сэлли должна иметь ложное представление относительно того, где находится шарик.

Следовательно, они совершенно не учитывают того, что думает Сэлли, тем самым упуская из виду важное изменение, произошедшее в ситуации (то, что в прошлом являлось истинным представлением, перестало быть таковым). Поэтому они оказываются не в состоянии предсказать поведение Сэлли. Непонимание ими сути ложных представлений говорит и о непонимании ими других психических состояний. На основании этого делается вывод о том, что дети, страдающие аутизмом, неспособны к ментализации.

В обследовании Ф. Хаппе детей с аутизмом по тесту Сэлли-Энн было выявлено, что от 15 до 60% детей с аутизмом обнаруживают некоторые способности к ментализации [Happe, 1995]. Этих аутичных детей отличает более осмысленное и общительное поведение, чем тех, кто не справился с тестом, а также более высокий уровень развития речевых и других коммуникативных навыков. Кроме того, они все же испытывают трудности при выполнении комплексных тестов, моделирующих более реальные жизненные ситуации.

Трудности распознавания психических состояний окружающих людей являются не единственной причиной нарушения восприятия у детей с аутизмом. Существенное влияние оказывает и общий дефицит когнитивных навыков, обусловленный трудностями многоуровневого планирования («high-order planning») и недостаточной регуляцией поведения. Как отмечает У. Фрит, при аутизме нарушается именно способность сводить разрозненную информацию в единую картину, связанную общим контекстом [Frith, 1992].

Особый интерес для анализа *когнитивного развития* детей с аутизмом представляет теория предвосхищающих перцептивных схем, предложенная американским психологом У. Найссером.

Как подчеркивалось выше, у детей с аутизмом на первом году жизни наблюдается недоразвитие целого ряда поведенческих паттернов, характерных для здоровых младенцев: глазного контакта, мимической экспрессии, гуления, а также позднее развитие зрительно-моторной и слухо-моторной координации. Эти особенности позволяют сделать предположение об отсутствии у аутичных младенцев некоторых врожденных механизмов, которые должны обеспечивать стандартный репертуар поведенческих актов.

У. Найссер исходил из того, что в каждом воспринимающем организме должны существовать определенного рода структуры, позволяющие ему замечать одни аспекты среды больше, чем другие, или вообще что-либо замечать. Автор отмечал: «Я утверждаю, таким образом, что все мы располагаем схемами для физиогномического восприятия. Такие схемы не могут возникнуть из ничего, и трудно себе представить, что они могли бы сформироваться вне социального опыта. Вполне вероятно, что они даны нам от рождения. Подобно другим животным, мы рождаемся в какой-то мере готовыми к сбору экспрессивных сигналов, поступающих от других представителей нашего биологического вида. Младенцы от рождения готовы к восприятию улыбающегося или нахмуренного лица, ласковой интонации или отрывистых модуляций в качестве указаний на то, что сделают в ближайший момент значимые другие. *(...)* Некоторые виды патологий, в особенности детский аутизм, можно объяснить врожденной неадекватностью таких схем» [Найссер, 1981; с. 201].

Таким образом, отсутствие или недоразвитие таких схем может создавать определенные трудности в формировании социального опыта у детей, страдающих аутизмом.

Восприятие — это познавательный процесс, возникающий при непосредственном воздействии раздражителя на органы чувств. Восприятие как целенаправленный процесс невозможно без формирования следующих перцептивных действий:

- поиска объекта;
- выделения наиболее характерных его признаков;
- опознания объекта, то есть отнесения его к определенной категории вещей или явлений.

На процесс восприятия существенное влияние оказывают и особенности личности

ребенка, его отношение к воспринимаемым объектам, потребности, интересы, желания и чувства. Важное значение для эффективности процесса восприятия имеет установка, или готовность к восприятию. Английский психолог Дж. Брунер подчеркивал, что «готовность к восприятию в нашем смысле — не роскошь, а необходимое условие для обеспечения гибкого приспособления к условиям жизни» [Брунер, 1977, с. 59]. Он выделил два фактора, определяющие готовность субъекта к восприятию: доступность «категорий для доходящих до субъекта афферентных сигналов» и «требования поиска, диктуемые физиологическими потребностями и необходимостью осуществления ряда основных форм деятельности, составляющих круг нашей повседневной деятельности» [Брунер, 1977, с. 58—59].

Специальных исследований, направленных на изучение особенностей восприятия у аутичных детей, не много.

Многие авторы подчеркивают выраженную гиперестезию (повышенную чувствительность) к различным сенсорным раздражителям у аутичных детей, наглядно проявляющуюся в особенностях их поведения. Например, ребенок затыкает уши при громком звуке или щурит глаза на яркий свет, отказывается носить кофточку, утверждая, что она колется, и пр. Однако при эмоционально значимой для ребенка ситуации эти явления могут и не наблюдаться.

Пример

Петя С, 5лет 4месяца, в процессе групповых занятий часто затыкал уши. Мальчика раздражал звук лампы дневного света, крики детей, резкий голос помощника психолога (студентки). Родители подчеркивали, что мальчик болезненно реагирует на шум пылесоса в доме, звуки телевизора, громкий голос родственника и пр. Вместе с тем, посещая групповые занятия, мальчик периодически требовал, чтобы поставили его любимые пластинки, пытался сделать это сам, включал музыку на полную громкость и танцевал под любимые мелодии, не обращая внимания на резкие громкие звуки.

Таким образом, готовность к восприятию у аутичных детей в значительней степени определяется аффективной значимостью для них воспринимаемых сигналов. В экспериментальном исследовании отечественных психологов, проведенном под руководством В. В. Лебединского, детям предлагали набор признаков, на основании которых нужно было угадать, какой предмет задуман экспериментатором. Предлагалось два набора признаков: первый определял предмет однозначно, второй содержал взаимоисключающие признаки. Как здоровые ребята, так и дети с аутизмом правильно решали первую задачу. При решении второй задачи результаты были иными. Здоровые дети указывали на противоречия в предлагаемых признаках, дети с аутизмом их не замечали и решали задачу на основе отдельных аффективно значимых признаков, большей частью эмоционально окрашенных отрицательно. На основании полученных данных авторами были сделаны выводы о том, что процесс восприятия подвержен сильному влиянию со стороны эмоционально-волевой сферы [Лебединский, 1985, с. 112—113].

Аналогичные результаты были получены нами при исследовании *осязательного* восприятия у дошкольников с аутизмом. В исследовании участвовали дети с различной степенью тяжести аффективной патологии. В первой части экспериментов детям предлагались на ощупь бытовые предметы (ложка, блюдце, чашка, ножницы и фломастер). Дети ощупывали и называли их. Во второй части предлагались плоские фигуры неопределенной формы, изготовленные из пенопласта. Ребенок ощупывал и отвечал, на что они похожи, а затем выбирал контурные рисунки осязательно воспринимаемой фигуры. Здоровые дошкольники успешно справлялись с первой серией заданий, правильно назвали все предметы. При выполнении заданий второй серии они пытались определить форму предметов и соотносили их с эталонными формами. Например, здоровый дошкольник шести лет дал следующие ответы: «Эта фигура похожа на квадратное окно с дыркой», «Эта — на кружочек, но не круглые концы», «Эта — на

домик с крышей и квадратом». Здоровые дети, особенно подготовительной группы, правильно сопоставляли осязаемую фигуру с рисунком.

Дети с аутизмом, относящиеся к третьей и четвертой группам, выделенным нами в соответствии с классификацией О. С. Никольской с соавторами [1997], при выполнении заданий первой серии испытывали некоторые трудности в назывании предметов. Например, один из обследуемых при предъявлении ножниц дал ответ «Две дырки резать», ложки — «Кушать», а блюдца — «Разбить». Особые трудности дети с аутизмом указанных групп испытывали при назывании неопределенных плоских фигур, отражая в своих ответах аффективно значимые компоненты. Например: «Колесо, сломанное, от БМВ», «Дырка на доске», «Кусок палатки» и пр. Девочка шести лет обозначила пряг моугольник с отверстием как «дырка для дьявола», другую фигуру — «дьявольский домик». При этом важно отметить, что большинство детей правильно узнавали фигуры на рисунках.

Для детей с аутизмом первой и второй групп выполнение заданий по осязательному узнаванию фигур было практически недоступным. Дети проявляли беспокойство, вынимали руки из рукава ширмы, пытались вытащить фигуру, посмотреть на нее. Наблюдались примитивные манипуляции с фигурами: ложку засовывали в рот, блюдце облизывали, ножницами царапали стол.

В отношении нескольких детей мы немного видоизменили эксперимент и предложили аффективно значимые для каждого конкретного ребенка предметы для осязания, что повысило число правильных ответов.

Пример

Алеша постоянно приходил на занятие с любимой «машинкой», сделанной из двух деревянных блоков, которую он называл «биба». В набор предъявляемых предметов мы включили его любимую «машинку». Мальчик при осязательном восприятии машинки узнал и назвал ее.

Полученные нами экспериментальные данные убедительно показали, что отсутствие аффективно значимых сигналов в процессе восприятия в значительной степени снижает его эффективность у детей с аутизмом, а их наличие повышает качество восприятия и речевого обозначения стимулов.

Аналогичные результаты можно проследить на модели изучения особенностей зрительного восприятия дошкольников с аутизмом. Предметом нашего изучения явились особенности зрительного восприятия и речевого обозначения геометрических фигур. Нам также удалось установить, что аффективно значимые для ребенка с аутизмом объекты вызывают у него позитивную установку на процесс восприятия.

Пример

Вася К., 6 лет 8месяцев, при выполнении заданий на дифференцировку фигур на доске Сегена хаотично манипулировал с фигурами, раскидывал их, а затем располагал их на столе в ряд. Мальчик отказывался показывать и называть нужную фигуру. Родители мальчика утверждали, что он прекрасно разбирается в видеокассетах, звуковых дисках, всегда находит любимые среди многих. Любимым занятием у мальчика была игра в камушки. Он мог часами расставлять их в любой последовательности, пересыпать из одной посуды в другую и пр. В процессе дальнейшего обследования психолог предварительно сложил из камушков геометрические фигуры (квадрат, круг, треугольник, ромб и овал). Увидев на столе психолога камушки, мальчик очень оживился, пытался их схватить. Психолог предупредил мальчика, что даст ему поиграть в камушки только после того, как он найдет нужную фигуру и покажет ее. Мальчик успешно показал все фигуры, в том числе и не эталонные (ромб, овал).

Искаженная переработка сенсорной информации в процессе восприятия у детей с аутизмом проявляется не только в нарушении перцептивной готовности и в аффективной избирательности, но и в недоразвитии предметности, константности, обобщенности воспринимаемых сигналов.

Особенности зрительного восприятия старших дошкольников и младших школьников с аутизмом исследовались нами экспериментально по следующей схеме:

• восприятие реальных предметов: ребенку показывали поочередно предметы, после чего он должен был их назвать. В случае трудностей называния ему предлагалось выбрать предмет среди множества других (найти такой же);

• восприятие изображенных на картинках предметов: называние их или нахождение картинки среди множества других;

• восприятие зашумленных, перечеркнутых, недорисованных объектов, предметов в перевернутом виде;

• восприятие символических изображений.

Согласно полученным нами результатам, в целом дети с аутизмом, особенно в младшем школьном возрасте, правильно воспринимают реальные объекты и дают им адекватное название. Однако у детей первой и второй групп отмечаются выраженные тенденции манипуляций с предметами, обнюхивание, облизывание, неподвижное удержание их в руке.

Пример

Паша В., 5 лет 9 месяцев, при предъявлении предметов брал их в руки, но активно не рассматривал, пытался засунуть предмет в рот, в случае не-

удачи неподвижно держал его в руке. Мальчик правильно показывал на картинке, какой у него предмет, но довольно быстро истощался и отказывался заниматься. Во время обследования он хватал предметы со стола и разбрасывал их.

Некоторые трудности испытывали дошкольники с аутизмом третьей и четвертой групп при узнавании наложенных друг на друга рисунков предметов, перечеркнутых изображений и изображений предметов в перевернутом виде. Однако мы установили, что эти особенности были обусловлены следующими факторами:

• недостаточным пониманием инструкции;

• повышенной фиксацией на отдельных деталях изображения (так, при рассматривании прямоугольника с отверстием дети с аутизмом фиксировали внимание на отверстии и нередко называли фигуру «дырка», «пещера», «окно» и пр., в то время как у здоровых детей, даже в дошкольном возрасте, таких ответов не наблюдалось);

• общим психическим состоянием ребенка.

Таким образом, наши данные подтвердили взгляды зарубежных исследователей на наличие двух основных типов сенсорно-перцептивных нарушений у детей с аутизмом: сенсорная доминантность и чрезмерная избирательность при восприятии стимулов |Мэш, Вольф, 2003].

Мы наблюдали, что многие школьники с аутизмом, выполняя конструктивные пробы, диагностирующие восприятие пространства, обращали повышенное внимание на отдельные изображения, а не на общую композицию образца-рисунка. Выделение отдельных фрагментов конструкции, вероятно, было обусловлено их аффективной значимостью для детей с аутизмом. Дети с аутизмом в сочетании с органическим поражением центральной нервной системы затруднялись соотнести детали, расположить объекты по заданной на образце-рисунке схеме, а также допускали ошибки при воспроизведении метрических характеристик объектов. Аналогичные ошибки наблюдались у них и в рисунках.

У подавляющего большинства наблюдаемых нами детей с аутизмом отмечалась повышенная чувствительность к запахам. При восприятии нового предмета дети часто обнюхивали его, пробовали на вкус. Мы обратили внимание на то, что принимавшие участие в обследовании брали в рот не все предметы, а только тс, которые были новыми для ребенка и необычными по своей форме или материалу. Тем самым можно предположить, что облизывание, обнюхивание и другие рудиментарные действия с предметами являются важным компонентом исследовательской деятельности у детей с аутизмом, особенно с выраженной степенью тяжести аффективной патологии (первая и

вторая группы).

У. Фрит подчеркивала трудности обобщения при восприятии у детей с аутизмом, склонность к детализации в отсутствие попытки объединить в единое целое отдельные элементы воспринимаемого объекта или обращенной к ним фразы [Frith, 1992). Это, по мнению автора, является существенным препятствием в понимании смысла слов, жестов и чувств других людей.

Мы исследовали особенности перцептивного обобщения у детей младшего школьного возраста, страдающих аутизмом. Был использован тест Равена (детский вариант). По степени тяжести аффективной патологии испытуемые распределялись следующим образом: 2 человека — первая группа, 4 — вторая, 12 — третья и 11 — четвертая. Проводился специальный анализ характера специфических ошибок при выполнении заданий теста, разработанного аспирантом О. И. Гончаровым под нашим руководством [Мамайчук, Гончаров, 1997]:

- *ошибки по типу «фрагментарности восприятия»:* выбранная ребенком фигура в общем виде соответствует нужной, но упущены мелкие детали либо имеются лишние добавления или небольшие несоответствия в размерах;
- *ошибки по типу «пространственной инвариантности»:* все детали на месте, но сама фигура неверно ориентирована в пространстве;
- *логические ошибки:* не найден основной принцип решения.

У здоровых младших школьников наблюдался достаточно высокий процент логических ошибок в сравнении с другими ошибками. Между тем у детей, страдающих аутизмом, отмечалось достоверно высокое число ошибок по типу пространственной инвариантности. Ошибок, связанных с фрагментарностью восприятия, у детей с аутизмом было меньше, чем у здоровых. Количество логических ошибок у детей с аутизмом было незначительно больше, чем у здоровых, причем у детей третьей и особенно четвертой группы их было даже меньше. Следует отметить, что успешное выполнение заданий теста наблюдалось даже у детей с тяжелой степенью аффективной патологии. *В связи с этим возможно предположить, что уровень перцептивных обобщений напрямую не зависит от степени аффективной патологии.*

Пример

Петя С, 8 лет, успешно выполнил все задания теста Равена. Учитывая повышенную утомляемость мальчика, мы начали обследование с серии В, где требовалось выполнить задание с учетом логических принципов. Мальчик успешно выполнил все задания данной серии.

Обобщая все вышеизложенное, можно выделить следующие особенности восприятия у детей, страдающих аутизмом:

1. В процессе зрительного восприятия предметов, даже в конце дошкольного возраста, у детей с РДА очень долго сохраняются активные предметно-практические манипуляции.

2. У большинства детей, особенно с тяжелой степенью аффективной патологии (первая и вторая группы), наблюдаются рудиментарные способы обследования предметов: обнюхивание, облизывание и пр. Такие аффективные компоненты восприятия могут наблюдаться у здоровых детей на первом и втором году жизни, а у детей с аутизмом они продолжают доминировать и остаются важным компонентом исследования предмета и в более старшем возрасте.

3. Наблюдаемая у детей с аутизмом сенсорная доминантность проявляется в тенденциях к восприятию аффективно значимых стимулов в ущерб восприятию других. Это может проявляться в специфике модальности восприятия (например, предпочтение зрительных стимулов слуховым или осязательных зрительным) или в повышенной фиксации на аффективно значимых стимулах. Для детей с аутизмом характерна гиперчувствительность к определенным сенсорным стимулам, что способствует формированию избирательности восприятия. Также наблюдается недоразвитие

предметности, целостности восприятия, в значительной степени обусловленное не только имеющимися у ребенка аутистйческими страхами, но и церебрально-органической недостаточностью. Нарушения восприятия могут являться существенным тормозом в развитии других психических процессов у детей с аутизмом. Эти нарушения носят полимодальный характер и затрагивают базовые механизмы формирования перцепции. Отсутствие или дефицитарность врожденных предвосхищающих схем (по У. Найссеру) затрудняет процесс формирования как самого процесса восприятия, так и других психических процессов у детей с аутизмом.

Память как познавательный процесс обеспечивает интеллектуальное и личностное развитие ребенка. Успешность ее развития зависит от ряда факторов:

- степени завершенности действий запоминания;
- интересов и склонностей личности;
- отношения личности к той или иной деятельности;
- эмоционального настроя личности;
- особенностей развития волевых компонентов личности.

Процессы памяти нельзя рассматривать изолированно от особенностей и свойств личности. Как показывают многочисленные исследования, эффективность мнемических процессов связана, прежде всего, с направленностью личности, с развитием ее мотивационной сферы. Уровень развития памяти в значительной мере зависит от возраста человека, общего состояния его эмоционально-волевой сферы. Продуктивность памяти характеризуется объемом и быстротой запоминания материала, длительностью его сохранения, готовностью и точностью воспроизведения. В психологии традиционно выделяются следующие виды памяти: кратковременная, долговременная и оперативная. В зависимости от характера запоминаемого материала рассматриваются моторная, зрительная, слуховая, логическая память.

Впервые на особенности развития памяти у аутичных детей обратил внимание Л. Каннер. Автор подчеркивал высокий уровень развития у них механической памяти.

Результаты исследований особенностей памяти у детей с аутизмом несколько противоречивы. Большинство авторов обращает внимание на высокий уровень развития памяти у детей с аутизмом. Дети с аутизмом могут запоминать целые книги, огромное количество стихов, песен, газетных статей и пр. Между тем некоторые авторы отмечают избирательность в развитии их памяти, склонность к запоминанию только аффективно значимых событий и предметов.

Пример

Даша М. знала наизусть все сказки, которые читала ей мать, и успешно их воспроизводила, перелистывая страницы знакомых книг. Родители девочки были убеждены, что она умеет читать. В кабинете психолога девочке было предложено прочитать незнакомую ей книжку, чего ей сделать не удалось. Экспериментально-психологическое исследование показало достаточно высокий уровень развития слухоречевой памяти у девочки. Предъявляемые десять слов девочка полностью воспроизвела после второго предъявления, причем в такой же последовательности.

Высокие показатели механической памяти у детей с аутизмом, вероятнее всего, обусловлены двумя факторами. Первая причина состоит в нарушении межфункциональных взаимодействий, которое проявляется в автономном развитии отдельных психических функций. Вторая — в том, что у детей с аутизмом слово находится за пределами семантического поля и не связано с конкретным предметом. Особенно наглядно это проявлялось в экспериментах на опосредованное запоминание.

Пример

К двенадцати предъявляемым словам Даша по смыслу отобрала только восемь картинок, однако она правильно вспомнила все слова. Например, к слову небо девочка отобрала картинку лошадь, хотя можно было отобрать картинки по смыслу, например воздушный шар, самолет, космический корабль.

У здоровых детей таких особенностей не наблюдается: каждый ребенок соотносит запоминаемое слово с предметом по смыслу.

Ж. Буше ставит на первый план несколько иные причины нарушений памяти у детей и подростков с аутизмом. С одной стороны, это недоразвитие обобщений, с другой стороны — ограниченный социальный опыт ребенка [Boucher, 1981].

Негативное влияние на развитие памяти у детей с аутизмом оказывает также общий дефицит психической активности, что проявляется в нарушении динамики мнемических процессов.

Некоторые авторы отмечают слабую память детей с аутизмом на лица, что, на наш взгляд, совершенно не так. Дети с аутизмом хорошо запоминают лица ранее знакомых людей, особенно эмоционально для них значимых. Так, мы специально показали пациентам фотографии детей из их психокоррекцион-ной группы спустя пять лет после окончания занятий. Оказалось, что большинство детей правильно могут назвать по имени всех членов группы.

Пример

Лет двадцать назад я занималась с 5-летним мальчиком, страдающим ранним детским аутизмом (вторая группа по классификации О. С. Никольской). Случайно встретив его с матерью на улице, я не узнала их. Молодой человек, улыбаясь, ринулся ко мне, потянул меня за руку. Лишь в разговоре с мамой я выяснила, что он мой бывший пациент, с которым я занималась очень давно, работая в поликлинике.

Многие авторы отмечают высокий уровень памяти на числа у детей, страдающих аутизмом. Если здоровый школьник может в среднем повторить приблизительно семь чисел, то страдающие аутизмом дети с относительно нормальным развитием речи могут одновременно запомнить более десяти цифр в строке [Boucher, Warrington, 1976; Boucher, 1981].

Б. Хермелин и Н. О'Коннор [Hermelin, O'Connor, 1970] в своих исследованиях показали, что подростки с аутизмом так же хорошо запоминают более десяти не связанных по смыслу слов (например, «ложка», «автомобиль», «солнце», «корова», «дерево» и пр.). Авторы обратили внимание на то, что здоровые подростки лучше воспроизводят слова из начала списка, а дети с аутизмом — из конца списка. Тенденцию лучше запоминать слова из начала списка авторы связывают с эффектом новизны, а из конца — с эффектом (влиянием) первенства. Если при назывании слов экспериментатором пауза между ними составляла 30 секунд и более, то объем воспроизведенных слов у подростков с аутизмом уменьшался. Авторы обратили внимание также на то, что подростки с аутизмом лучше воспроизводили звуки, чем слова. Например, когда экспериментатор предлагал им запомнить предложение из 11 слов, эффективность воспроизведения у подростков с аутизмом была ниже, чем у здоровых.

Таким образом, у детей, страдающих аутизмом, наблюдается достаточно высокий уровень развития механической памяти, но отмечаются нарушения динамики мнемических процессов и недостаток развития логической памяти.

Глава 7
ОСОБЕННОСТИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО И РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

По данным отечественных и зарубежных психологов, у подавляющего большинства детей, страдающих аутизмом, наблюдаются различные по степени тяжести интеллектуальные нарушения.

Некоторые авторы считают, что именно нарушения когнитивных процессов являются центральным звеном в патогенезе аутизма. Высказываются мнения, что аутизм в детском возрасте следует рассматривать как своеобразный вариант интеллектуальной

недостаточности [Baron-Cohen, Leslie, Frith, 1985], Нельзя согласиться с подобными высказываниями: имеют место случаи, когда дети с ранним детским аутизмом успешно заканчивают школу, обучаются в вузе.

Большинство исследователей сходится на том, что многим аутичным детям в целом доступны такие мыслительные операции, как классификация, обобщение, понимание причинно-следственных связей и пр. Основная трудность состоит в активном использовании имеющихся знаний и навыков в обыденной жизни, ситуациях непосредственного общения с другими людьми, то есть в переносе и адаптации к любой новой ситуации. Существенное влияние на формирование мыслительных операций у детей с аутизмом оказывают особенности их восприятия и внимания, проявляющиеся в чрезмерной концентрации отдельных аффективно значимых признаков, не имеющих социального значения. Немаловажное значение имеет и недоразвитие регулирующей функции речи.

В многочисленных клинических исследованиях отечественных и зарубежных психиатров отмечается, что развитие интеллекта при раннем детском аутизме зависит от характера и динамики заболевания, в рамках которого он проявляется. Наихудший прогноз в дальнейшем психическом развитии наблюдается у детей с синдромом аутизма вследствие раннего шизофренического процесса. Лучший прогноз — у детей с синдромом аутизма в рамках формирующихся шизоидных психопатий с удовлетворительной социальной адаптацией

[Asperger, 1944; Башина, 1980] и аутистических органических психопатий [Krevelen, 1963; Wing, 1985; Мнухин, Зеленецкая, Исаев, 1967; Каган, 1981; и др.].

Исследований, посвященных анализу интеллектуального развития у детей с аутизмом, явно недостаточно. В. Е. Каган исследовал уровень интеллектуального развития у школьников с аутизмом по методике Векслера. Психометрическое исследование детей с синдромом раннего аутизма выявило у 15—20% испытуемых легкую интеллектуальную недостаточность. Автором было установлено, что в среднем общий интеллектуальный показатель у детей с данной патологией ниже, чем у здоровых, но выше, чем у умственно отсталых. Средний уровень невербальных показателей у них заметно ниже, чем у здоровых, а у более чем 30% детей величина этих показателей такая же, как у умственно отсталых детей. Особенно низкие показатели наблюдаются при выполнении тестовых заданий на установление последовательности событий, пространственных отношений, переключение и распределение внимания. Показатели вербальных функций также отличаются неравномерностью. При выполнении теста Векслера дети с аутизмом обычно показывают большой разрыв между показателями невербального и вербального интеллекта. Было замечено, что даже дети с сохранным интеллектом, которые учатся в массовых школах на «хорошо» и «отлично», при выполнении тестов Векслера получают итоговые оценки, соответствующие уровню задержки психического развития или умственной отсталости [Каган, 1981].

В настоящее время существует множество различных точек зрения на особенности развития мышления у аутичных детей, но наиболее интересной и обоснованной, на наш взгляд, является концепция наших отечественных авторов К. С.Лебединской, В. В.Лебединского и О. С. Никольской. Авторы справедливо подчеркивают, что нарушение взаимодействия психических функций наиболее специфично проявляется в особенностях формирования мышления и речи аутичного ребенка. В исследованиях этих и других авторов выявлен диффузный характер связи между словом и предметом, что не наблюдается у здоровых детей [Спиваковская, 1980; Лебединский, 1985; Никольская, Баенская, Либлинг, 1997]. Аффективно насыщенная акустическая сторона слова приобретает у детей с аутизмом самостоятельное значение и проявляется в таком явлении, как автономная речь. То есть ребенок может произносить отдельные слова, звуки и звукосочетания, не связывая их с конкретными предметами, ситуацией и смыслом.

В специальных исследованиях особенностей мышления у младших школьников с

аутизмом, проведенных под руководством В. В. Лебединского, выявлено недоразвитие у них обобщений, несмотря на достаточно высокий уровень развития понятийного мышления. Это явление авторы объясняют задержкой развития социального опыта ребенка с аутизмом. «Можно предположить, — пишет В. В. Лебединский, — что в результате аутистических установок в поле сознания больного ребенка поступает лишь часть необходимой с точки зрения социальной практики информации о предметах, их свойствах и функциях. В то же время приобретают самостоятельное значение не координированные с функциональными (социально более значимыми) такие перцептивные свойства предметов, как цвет, форма, размер. В этих условиях при решении задач, где имеется конфликт между зрительно воспринимаемой ситуацией и смыслом поставленной задачи, больной ребенок ориентируется не на существенные признаки, а на глобальные перцептивные впечатления» [Лебединский, 1985, с. 132-133].

Опыт нашей работы показал, что на эффективность выполнения тестовых заданий у детей с аутизмом негативное влияние оказывают следующие факторы:

- общий дефицит психической активности, что проявляется в нарушении динамики мыслительных процессов;
- трудности использования ребенком с аутизмом собственного прошлого опыта при решении проблемной ситуации (например, на вопрос второго субтеста методики Векслера: «Что нужно сделать, если порежешь себе палец?» — тринадцатилетний мальчик с аутизмом ответил: «Это больно, я резал палец, врач зашивал...» На повторный вопрос: «Так что нужно сделать?» — мальчик ответил: «Зашивать»);
- нарушение мотивации при выполнении интеллектуальных задач, которое находит отражение в недостаточной целенаправленности и в отсутствии ориентации на конечный результат.

Интеллектуальное развитие у детей с аутизмом отличается существенной вариабельностью и специфичностью и в значительной степени определяется степенью тяжести аффективной патологии. В таблице 12 представлены особенности интеллектуального развития детей с аутизмом в зависимости от степени тяжести аффективной патологии.

Таблица 12 **Особенности интеллектуального развития детей с аутизмом в зависимости от степени тяжести аффективной патологии**

Степень тяжести дезадаптации	**Особенности интеллектуального развития**
Группа 1	Резкое снижение интеллекта. Возможны перцептивные обобщения, освоение глобального чтения в более старшем, по сравнению со здоровыми детьми, возрасте
Группа 2	Возможны обобщения предметов, но преимущественно по аффективным признакам. Более успешное выполнение невербальных заданий
Группа 3	Неравномерный темп интеллектуальной деятельности. Доступны обобщения, суждения по существенным признакам, но мотивировка ответов затруднена. Ограниченность (зацикленность) интеллектуальных интересов (например, однообразные увлечения, стереотипные воспроизведения отдельных впечатлений)
Группа 4	Проявление отдельных способностей, обычно связанных с невербальной сферой (музыкой, конструированием, рисованием и пр.). Нормальный уровень развития обобщений, суждений, умозаключений. В **экстремальных** ситуациях возможны стереотипии мыслительных операций, аффективная ригидность (застревание на аффективно значимом стимуле)

Особую трудность представляет **психологическая диагностика** особенностей развития интеллекта у детей с аутизмом. Психологическая диагностика искаженного интеллектуального развития при раннем детском аутизме является чрезвычайно сложным процессом, требующим не только анализа структуры дефекта, но и учета клинической картины, особенностей деятельности, поведения ребенка, особенностей речевого развития. Комплексный подход позволяет правильно оценить потенциальные возможности ребенка.

Психометрические исследования можно проводить с детьми, у которых не наблюдается тяжелых форм аффективной патологии. В этом случае с ними возможен непродолжительный контакт. В отдельных случаях, особенно с детьми с аутизмом на фоне органического поражения ЦНС, целесообразно проводить нейропсихологическое обследование. Между тем использование отдельных функциональных проб доступно и для оценки уровня обобщений, суждений, умозаключений детей первой и второй групп. При этом психолог должен обязательно учитывать эмоциональный тонус ребенка на момент обследования, особенности его реагирования на новизну.

Опыт нашей работы показал, что перед тем, как обследовать ребенка, необходимо предложить ему поиграть со стимульным материалом (например, с карточками), пролистать страницы альбома тестов, познакомиться с досками Сегена, вкладками Монтессори и др. Вначале нужно обязательно отойти от ребенка, не смотреть на него пристально, не предлагать никаких инструкций.

Пример

Нами проводилось тщательное психологическое обследование Андрея, 7лет 8месяцев, с диагнозом «ранний детский аутизм». Мальчик от первой, нормально протекавшей беременности, роды в 7месяцев, быстрые, двойное обвитие пуповиной, крик не сразу. К груди приложили на третьи сутки, сосал вяло, искусственное вскармливание с 4месяцев. Психомоторное развитие протекало с задержкой. Голову начал держать в 2,5месяца, сидеть — в 8 месяцев, ходить — с 1 года 3 месяцев. Родители жаловались на задержку речевого развития, отказ от общения со сверстниками, неустойчивый сон, странное поведение, которое проявлялось в трудностях приспособления к новой обстановке, избирательности к пище и выборе одежды, требованиях соблюдать строгий маршрут во время прогулок, многочисленных протестах, упрямстве и пр. Мальчик детские учреждения не посещал, наблюдался у психиатра, эпизодически занимался с логопедом. Был направлен на медико-педагогическую комиссию для формирования программы дальнейшего обучения. По заключению психолога из комиссии: «уровень интеллектуального развития ребенка в диапазоне глубокой умственной отсталости», «неспособность к обобщению», «недоразвитие праксиса, гно-зиса, речи», «примитивные суждения», «неадекватное поведение». Мальчику было отказано в обучении в школе, рекомендовано повторное обследование через год.

При первой нашей встрече с ним в контакт вступил не сразу. Наблюдалась напряженность, скованность в движениях, на вопросы психолога не реагировал, держал мать за руку. Перед ребенком были разложены игрушки и пособия для обследования. Психолог покинул кабинет, оставив ребенка с матерью, и за специальным стеклом наблюдал за поведением мальчика и матери. Через некоторое время мальчик стал трогать предметы на столе, переставлял их, некоторые рассматривал. Наблюдалась эхолаличная

речь. Особый интерес у мальчика вызвали вкладки Монтессори, он с удовольствием открывал и закрывал крышки. Один из наборов Монтессори был в разобранном виде, и мальчик самостоятельно собрал его, улыбнулся, сказал: «Аня делал». Мать, согласно инструкции психолога, молчала и улыбалась. С появлением психолога мальчик заметно напрягся, приблизился к матери. Психолог, не обращая внимания на мальчика, стал «играть» с кукольным котом Мурзиком, предлагая коту собрать и разобрать фигурки. Мальчик немного понаблюдал за психологом, после чего потянул мать за руку и они ушли

из кабинета.

При втором посещении мальчик достаточно охотно и уверенно вошел в кабинет. Психолог, сидя за столом, играла с другой куклой — Тигренком, переставляя вкладки Монтессори. Мальчик произнес: «Кот», и психолог вытащила спрятанного кота и начала играть с ним. Затем предложила мальчику собрать рассыпанные Мурзиком фигурки на доске Сегена. Мальчик успешно выполнил задания, получил похвалу и поощрение (бумажную звездочку). Звездочку мальчик смял в кулак и отошел в сторону матери, затем снова подошел к столу. Психолог попросила поздороваться с Мурзиком, пожать ему лапу. Андрей слегка дотронулся до игрушки и шепотом назвал свое имя. Психолог шепотом повторила имя мальчика и похвалила его. Мальчику были предложены карточки методики на обобщение «Четвертый лишний». Андрей быстро и продуктивно выполнил задания, показав лишние предметы. Например, из четырех картинок, на которых были изображены яблоко, огурец, морковь и колбаса, он исключил колбасу. На вопрос, почему он так сделал, мальчик сразу не ответил, затем стал повторять слово «мясо». После небольшого перерыва мальчик успешно выполнил почти все задания теста Равена (детский вариант).

Во время третьего посещения мальчику было предложено задание классифицировать предметные картинки с предварительной инструкцией: «Положи вместе картинки, которые подходят друг к другу». Мальчик стал отбирать животных, но затем отвлекся, отошел в сторону к окну. Затем снова подошел и продолжал целенаправленно работать. Отобрал животных, мебель и транспорт, но вскоре переключил внимание на машинки, которые находились в игровом уголке.

Анализ выполнения заданий показал, что у него сформированы родовые и видовые понятия, мальчику доступны обобщения по существенным признакам и на перцептивном уровне с учетом формы, метрики и пространственного расположения фигур.

Следует подчеркнуть, что у детей с аутизмом, даже с выраженной аффективной дезадаптацией, наблюдается неравномерность в развитии отдельных интеллектуальных функций. Это отчетливо проявляется в процессе школьного обучения. Так, многие дети еще в дошкольном возрасте успешно овладевают вычислительными действиями (ребенок легко выполняет арифметические операции сложения, вычитания, даже умножения и деления). Однако, несмотря на достаточно высокий уровень развития вычислительных способностей, большинство из них впоследствии испытывает затруднения при решении простых арифметических задач, не понимает их смысл.

В более старшем возрасте у детей с аутизмом отмечается высокий уровень развития обобщения по формальным признакам, склонность к схематизму.

Пример

Игорю К., 10 лет 6 месяцев, страдающему ранним детским аутизмом (четвертая группа), было предложено исключить лишнюю картинку из четырех (ботинок, сапог, туфель, нога). Мальчик исключил ботинок и свой ответ объяснил тем, что «ботинок левый, а остальные правые». Эти особенности обусловлены недостаточным социальным опытом ребенка, в то время как усвоение и обобщение опыта зависит от уровня и особенностей общения ребенка.

Таким образом, нарушения мышления у детей с аутизмом носят вторичный характер и обусловлены следующими факторами:

- недостаточная потребность в контакте с окружающими;
- слабость побуждений;
- эмоциональные нарушения;
- недоразвитие коммуникативной речи;
- недостаточность активного внимания;
- особенности восприятия.

Важное значение для диагностики интеллектуальных возможностей детей с аутизмом имеет *анализ особенностей их речевого развития.*

Генезис формирования детского мышления и речи представлен в многочисленных работах Жана Пиаже. Описывая этапы развития мышления в онтогенезе, автор отмечал, что у здорового ребенка сначала формируется аутистическое мышление, затем он переходит к эгоцентрическому мышлению и, наконец, к разумному, логическому. Аутистическая мысль отличается нецелесообразностью, направлена на удовлетворение органических потребностей, не приспосабливается к внешней действительности, она не социальна, а чисто индивидуальна, не отражается речью. Разумная мысль, наоборот, сознательно направлена на определенную цель, приспособлена к действительности, заключает истину или заблуждение; она отражается социализированной речью. Эгоцентрическое мышление, по Пиаже, занимает промежуточное место: оно направлено не столько на приспособление к действительности, сколько на удовлетворение желаний, но все же служит не только органическим потребностям и игре. В данном случае речь идет об эгоцентрической речи.

До семилетнего возраста, согласно Ж. Пиаже, у ребенка преобладает эгоцентрическая речь, которая свидетельствует об эгоцентризме мысли. Она не соответствует точке зрения собеседника и потому не служит цели социального общения [Пиаже, 1969].

В экспериментальных исследованиях Л. С. Выготского было показано, что уже первоначальная речь ребенка многофункциональна и содержит в себе социальную функцию. С возрастом речь ребенка дифференцируется на эгоцентрическую и коммуникативную, причем эгоцентрическая речь возникает у ребенка в процессе социального взаимодействия, то есть «на основе социальной путем перенесения ребенком социальных форм поведения, форм коллективного сотрудничества в сферу личных психических функций» [Выготский, 1983]. Эгоцентрическая речь дает начало развитию речи внутренней, которая служит основой мышления, в одних случаях логического, в других — аутисти-ческого. Аутистическое мышление Выготский рассматривал как более позднее явление, возникающее на основе реалистического мышления, действительно удовлетворяющего потребности. Теоретические взгляды Л. С. Выготского, на наш взгляд, подтверждаются исследованиями особенностей речевого развития у детей с аутизмом.

Нарушения речи занимают большое место среди характерных признаков раннего детского аутизма и отражают основную специфику аутизма, а именно несформированность коммуникативного поведения. Подавляющее большинство исследователей отмечает нарушение коммуникативной функции речи у детей с аутизмом [Kanner, 1943; Каган, 1981; Лебединская с соавт., 1991; Лебединский, 1985; Мастюкова, Ульянова, 1990; Морозова, 1990, и др.]. Кроме того, исследователи подчеркивают связь речевых нарушений с дефицитом психичес-' кой активности и диссоциацией между акустической и смысловой сторонами речи [Hermelin, O'Connor, 1970; Rutter, 1972; Wing, 1976; Lancioni, 1983; Лебединский, 198S; Никольская, Баенская, Либлинг, 1997; и др.]. Независимо от срока появления речи и уровня ее развития, ребенок с аутизмом не использует речь как средство общения. Он редко обращается с вопросами, обычно не отвечает На вопросы окружающих, в том числе близких для него людей. В то же время у него может достаточно интенсивно развиваться «автономная речь», «речь для себя».

Авторы выделяют следующие характерные для детей с аутизмом радикалы речевых нарушений:

- эхолалии, то есть непроизвольное повторение звуков, слогов, слов чужой речи, слов и мелодий песен;
- вычурное, часто скандированное произношение слогов, слов;
- своеобразная интонация;
- характерные фонетические расстройства;
- нарушения голоса с преобладанием особой высокой тональности в конце фразы или слова;
- длительное называние себя во втором или в третьем лице;

• отсутствие в активном словаре слов, обозначающих близких для ребенка людей, например «мама», «папа» и пр.

В отличие от других психических функций, речь при аутизме на самых ранних этапах может развиваться нормально или даже ускоренно. По темпу ее развития ребенок иногда обгоняет здоровых сверстников. Между тем вскоре начинается обратный процесс: приблизительно к трехлетнему возрасту речь постепенно утрачивается. Нередко ребенок перестает говорить с окружающими, хотя иногда продолжает разговаривать сам с собой или во сне. Таким образом, коммуникативная функция речи не развивается. Утрата речи всегда сопровождается нарушением невербальных коммуникаций, уменьшением количества жестов и имитаций. Дети с аутизмом редко используют полноценную речь в общении. В старшем дошкольном возрасте они обычно плохо говорят за пределами привычной для них обстановки. Нередко у них наблюдаются стойкие аграмматизмы, они почти никогда не используют личное местоимение «я» и утвердительное слово «да».

Проявления речевых расстройств у детей с аутизмом чрезвычайно многообразны и отличаются различной степенью выраженности. Исследования нарушений речи у детей с аутизмом проводились отечественными психологами и психиатрами в трех направлениях: клиническом [Мастюкова, Ульянова, 1990]; клинико-психологическом [Никольская и др., 1997] и педагогическом [Морозова, 1990].

Е. М, Мастюкова и Р. К. Ульянова изучали особенности речевого развития у детей с ранним детским аутизмом, проявляющимся на фоне резидуально-орга-нической недостаточности ЦНС. Авторы выявили у них наличие диссоциированного речевого развития, которое качественно отличается от системного общего недоразвития речи церебрально-органического генеза, наблюдаемого у детей с алалией. В основе речевых расстройств у изучаемой авторами группы детей с аутизмом лежали психопатологические особенности и «прежде всего недостаточность мотивации к общению с окружающими, слабость побуждений, особенности познавательной деятельности и эмоционально-волевой сферы» [Мастюкова, Ульянова, 1990, с. 70].

Т. И. Морозова и О. С. Никольская с соавторами проанализировали особенности речевого развития детей, сопоставив их со степенью тяжести аффективной патологии.

Дети *первой* группы, для которых характерны наиболее глубокие аффективные расстройства, резкое снижение психического тонуса, выраженное недоразвитие произвольной деятельности, как бы отрешены от окружающего мира, соответственно, общение с ними осуществляется на элементарном уровне. У них отсутствует потребность в контактах, навыки социального поведения не сформированы, затруднено самообслуживание. Довольно часто раннее речевое развитие у детей этой группы в сравнении со здоровыми детьми несколько ускоренно. Первые слова появляются достаточно рано, но они оторваны от потребности ребенка. Обычно они произносятся четко, хотя сложны по слоговой и фонетической структуре. Произносимые фразы нередко отличаются сложностью лексической конструкции и часто представляют собой цитаты из радио-, телепередач, фрагменты песен и речи взрослых. Эти фразы не несут никакой коммуникативной нагрузки и, как справедливо подчеркивает Т. И. Морозова, являются отсроченной эхолалией. Распад экспрессивной речи у этих детей начинается приблизительно в 2—2,5 года на фоне значительных расстройств в аффективной сфере. У подавляющего большинства детей этой группы, по наблюдениям Т. И. Морозовой, потеря речи достигает уровня мутизма. На фоне высокого аффективного напряжения у детей могут появиться бессвязные слова, крики, а в острых аффективно насыщенных ситуациях могут наблюдаться слова и даже простые фразы.

Пример

Дима, 5 лет 6месяцев. Диагноз: ранний детский аутизм, мутизм, выраженная задержка психического развития. Мальчик от первой нормально протекавшей беременности, имеет молодых здоровых родителей. Психомоторное развитие протекало без выраженных нарушений, речевое развитие было ускоренным. Первые слова с 1 года 2 месяцев, а фразы — с J года 6 месяцев. Родители обращали внимание на то, что сын говорит много, но никогда не обращается

к ним. В 2 года мальчик считал ступеньки, повторял страницы любимых книг. В 2 года 4месяца родители обратили внимание на неустойчивый сон, с частым просыпанием, капризность, «неуправляемость», немотивированные крики, которые могли длиться часами, пристрастие к определенным предметам, особенно бытовым, психомоторную расторможенность. Мальчик был проконсультирован детским психиатром. По рекомендации специалиста родители увезли ребенка на природу в деревню. Через некоторое время мать заметила, что ребенок перестал произносить слова, фразы, играл с одним и тем же переметом (палочка от флажка), стал неопрятен, перестал кушать ложкой. Со слов родителей, с трех лет он перестал разговаривать, и, кроме отдельных звуков, они ничего не слышали. Мальчик посещал коррекционную группу. После очередных занятий с родителями была проведена индивидуальная консультация. Психолог показывала приемы холдинг-терапии. Мальчик был возбужден, негативен, и психолог положила ребенка на специальные маты, легла на него, пытаясь поймать его взгляд. Ребенок активно сопротивлялся, а затем произнес фразу: «Отойди, ты надоела мне...» Удивленные родители спросили психолога: «Это он сказал или вы?» Психологу пришлось повторить упражнение, и ребенок сказал ту же фразу, но с добавлением неприличного слова.

Дети *второй* группы также малодоступны контакту, у них наблюдается значительное число стереотипных действий, речевых штампов. Как отмечает Т. И. Морозова, для них также характерна специфическая задержка речевого развития. Она проявляется в более позднем развитии гуления, произнесении первых слов. Так же как у детей первой группы, у них наблюдаются отсроченные эхолалии. Серьезно страдает фонематическая сторона речи, прослеживается взаимосвязь речевого и общего моторного недоразвития, признаками которого являются гипотония, неловкость движений. Имеет место глубокое нарушение грамматического строя речи: отсутствие предлогов, согласований, употребление глаголов в неопределенной форме.

У детей *третьей* группы, аффективная патология которых менее выражена, чем у детей первых двух групп, раннее речевое развитие происходит несколько быстрее, чем у здоровых детей. У них отмечается бурное развитие словарного запаса, раннее освоение сложной фразовой речи. Нередко наблюдается склонность к рифмотворчеству и словотворчеству. Однако коммуникативная функция речи у них нарушена. Дети этой группы часто произносят длинные монологи на аффективно значимые темы, но испытывают существенные затруднения в процессе речевого взаимодействия с собеседником. В аффектив-

но значимых ситуациях ребенок способен к диалогу, может использовать в речи правильные грамматические конструкции, представляющие собой заимствованные штампы. Наблюдается задержка в использовании личных местоимений. По данным Т. И. Морозовой, в этой группе детей часто наблюдаются нарушения звукопроизношения, темпа речи, имеет место специфическая модуляция голоса с повышением тона к концу фразы.

Дети *четвертой* группы характеризуются повышенной аффективной и сенсорной ранимостью, тормозимостью, робостью, особенно в процессе общения. Первые слова и фразы появляются у них своевременно, но наблюдается оторванность новых слов от потребностей ребенка. По данным Т. И. Морозовой, для них, так же как для детей первой группы, часто характерен регресс в речевом развитии в возрасте 2—2,5 лет, однако он не достигает полного мутизма. Между тем автор отмечает высокое развитие импрес-сивной (внутренней) речи, а также нарушения звукопроизношения, замедленный темп речи.

В целом у детей всех клинических групп наблюдаются недоразвитие коммуникативной стороны речи, эхолалии, неологизмы, склонность к автоном-ной речи, отсутствие или позднее появление в речи личных местоимений.

По мнению В. В. Лебединского, в случае детей, страдающих аутизмом, целесообразнее говорить не о недоразвитии, а об искажении речевого развития. В то время как большинство предпосылок речи сохранено, она формируется в условиях аффективной дезадаптации ребенка и неполноценной коммуникации. Это изменяет содержательные и структурные характеристики речи и способствует формированию описанных выше ее особенностей [Лебединский, 1985].

Таблица 13 Особенности речевого развития детей с аутизмом в зависимости от степени тяжести аффективной патологии

Степень тяжести дезадаптации	Особенности речевого развития
Группа 1	Речевой мутизм. Понимание обращенной к ребенку речи наступает не сразу, однако при изменении интонации или громкости ее произнесения (например, шепотом) простая инструкция может быть выполнена. В старшем возрасте наблюдаются эхолалии
Группа 2	Использование речи возможно в аффективно значимых ситуациях. Набор речевых штампов жестко связан с ситуацией. Имеют место эхолалии, телеграфный стиль речи. Обращение к другим людям почти не встречается. Повышенное внимание к аффективной стороне речи, к стихосложению. Склонность к словотворчеству
Группа 3	Высокое развитие словарного запаса одновременно со слабым развитием коммуникативной стороны речи. В экстремальной ситуации возможны речевые штампы
Группа 4	В целом уровень речевого развития в диапазоне возрастной нормы. В ходе речевого общения возможны аграмматизмы

Таким образом, необходим дифференцированный подход к анализу интеллектуальных и речевых нарушений у детей с аутизмом. Только на его основе может быть осуществлена разработка адекватных методов психологической коррекции.

Список литературы

1. *Анохин П. К.* Очерки по физиологии функциональных систем. М.: Медицина, 1975. 447 с

2. *Башина В. М-* Аутизм в детстве. М.: Медицина, 1999.236 с.

3. *Башина В. М.* О синдроме раннего детского аутизма Каннера // Журнал невропатологии и психиатрии. 1974. Вып. 10:1538-42.

4. *БашинаВ. М.* Ранняя детская шизофрения: (Статика и динамика). М.: Медицина, 1980.248 с.

5. *Беттельхейм Б.* Пустая крепость: Детский аутизм и рождение Я. М.: Академический Проект: Традиция, 2004. 783 с.

6. *БоулбиДж.* Привязанность. М.: Тардарики, 2003.447 с.

7. *Брунер Дж.* Психология познания: За пределами непосредственной информации / Пер. с англ. М.: Прогресс, 1977.412 с.

8. *Выготский Л. С.* Собр. соч.: В 6 т. / Под ред. А. В. Запорожец. М.: Педагогика, 1983. Т. 3. 367 с.

9. *Гезем А.* Педология раннего детства. М.: Гос. учеб.- пел. изд-во; фабрика книги «Красный пролетарий», 1932. 248 с.

10. *Захаров А. И.* Неврозы у детей. СПб.: Дельта, 1996.478 с.

11. *Каган В. Е.* Аутизм у детей. Л.: Медицина, 1981.208 с.

12. *Ковалев В. В.* Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М.: Медицина, 1985. С. 153-238.

13. Когнитивная психология: Учеб. для вузов / Пол ред. В. Н. Дружинина и др. М.: ПЕР СЭ, 2002. 478 с.

14. *Кушнир Н. Я.* Динамика плача ребенка в первые месяцы жизни / Вопр. психологии. 1994. N° 3. С. 53-60.

15. *Лафренье П.* Эмоциональное развитие детей и подростков. М.: Олма-Пресс, 2004. 245 с.

16. *Лебединская К. С, Никольская О. С.* Дефектологические проблемы раннего детского аутизма // Дефектология. 1987. N° 6. С. 10-16; 1988. № 2. С. 10-15.

17. *Лебединская К. С, Никольская О.* С. Диагностика раннего детского аутизма. М.: Просвещение, 1991.

18. *Лебединская К.* С, *Никольская О. С, Баенскйя Е. Р. и др.* Дети с нарушениями общения: Ранний детский аутизм. М.: Просвещение, 1989.92 с.

19. *Лебединский В. В.* Нарушения психического развития у детей. М.: МГУ, 1985. С. 109-140.

20. *Лисина М. И.* Проблемы онтогенеза общения. М.: Педагогика, 1986.145 с.

21. *ЛурияА. Р.* Основы нейропсихологии М.: Изд-во МГУ, 1973. 374 с.

22. *Мамайчук И.* И. Психологические аспекты здоровья // Психологические и этические проблемы детства / Под ред. М. В. Неженцева, Н. Г. Веселова. СПб., 1993.

23. *Мамайчук И. И., Гончаров О. И.* Нейропсихологическая коррекция школьников с резидуально-органической недостаточностью//Тез. докл. Межлунар. конф. памяти А. Р. Лурия. М., 1997. С. 49.

24. *Мамайчук И. И., Ильина М. Н.* Помощь психолога ребенку с задержкой психического развития. СПб.: Речь, 2004. 346 с.

25. *Мастюкова Е. М., Ульянова Р. К.* Особенности речевого развития у детей с ранним детским аутизмом, проявляющимся на фоне резидуально-органической недостаточности ЦНС //Дефектология. 1990. № 5. С. 66-71.

26. *Мнухин С. С, Зеленецкая А. Е., Исаев Д. Н.* О синдроме «раннего детского аутизма», или синдроме Каннера удетей //Журнал невропатологии и психиатрии. 1967. № 10. С. 1501-1506.

27. *Морозова Т. И.* Характеристика и основные принципы коррекции речевых нарушений при раннем детском аутизме//Дефектология. 1990. № 5. С. 59-66.

28. *Мэш Э., Вольф Д.* Детская патопсихология. СПб.; М.: Прайм-еврознак; Олма-Пресс, 2003. 512 с.
29. *Найссер У.* Познание и реальность: Смысл *и* принципы когнитивной психологии. М.: Прогресс, 1981.230 с.
30. *Никольская О. С, Баенская Е. Р., Либлинг М. М.* Аутичный ребенок: Пути помощи. М.: Теревинф, 1997.342 с.
31. *Пиаже Ж.* Избранные психологические труды. М.: Просвещение, 1969.659 с.
32. *Рейковский Я.* Экспериментальная психология эмоций. М.: Прогресс, 1979.392 с.
33. *Семаго Н. Я., Семаго М. М.* Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога. (Б-ка психолога-практика). М.: АРКТИ, 2000. 203 с.
34. *Симонов П. В.* Эмоциональный мозг. М.: Наука, 1981.215 с.
35. *Спиваковская А. С.* Нарушение игровой деятельности. М.: Изд-во МГУ, 1980. 132 с,
36. *Ушаков Г. К.* Детская психиатрия. М.: Медицина, 1973.391 с.
37. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / Пол ред. В. В. Лебединского, О. С. Никольской, Е. Р. Баенской, М. М. Либлинг. М.: Изд-во МГУ, 1990.196 с.
38. *Ainsworth M. D. S., Blehar M., Waters* J., *Wall S.* Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation. Hillsdale, N.J.: Erlbaum, 1978.
39. *Asperger H.* Die Autistichen Psychopathen in Kindesalter// Archiv fur Psychiatric und Nervenkrankheiten. 117,1944. S. 76-136.
40. *Baron-Cohen S.* Mindblindness: An essay on autism and theory of mind. Cambridge, MA: MIT Press, 1995.
41. *Baron-Cohen S., Leslie A., Frith* (/.Does the autistic child have the «theory of mind»? // Cognition. 1985. Vol. 21. N1. P. 37-46.
42. *Baron-Cohen S., Leslie A., Frith U.* Mechanical, behavioral and intentional understanding of picture stories in autistic children // The British J. of Developmental Psychology. 1986. Vol. 4. N 2. P. 113-126.
43. *Bosch G.* Der Fruehkindliche Autismus. Berlin: Springer, 1962.
44. *Boucher J.* Immediate free recall in early childhood autism//British J. of Psychology. 1981.4)1.72. P. 211— 215.
45. *Boucher J.* Memory for recent events in autistic children //J. Autism Developmental Disorders. 1981. Vol. 11. P. 293-302.
46. *Boucher J., Warrington E.* Memory deficits in autistic children // British J. of Psychology. 1976. Vol. 67. P. 73-87.
47. *BowlbyJ.* The making and breaking of affectjonal bonds. L.. N. Y, 1986.
48. *Brody S.* Patterns of Mothering. N. Y.: International Universities Press, J956.
49. *DeMyerU. K.* Motor, perceptual-motor and intellectual abilities of autistic children //Wing L. (Ed.) Early Childhood Autism. Pergamon Press, 1976. P. 169-196.
50. *Frith U.* Cognitive development and cognitive deficit //The psychologist. 1992.N 5. P. 13-19.
51. *Frith U.* Translation and annotation of "Autistic psychopathy" in childhood, by H. Asperger // U. Frith (Ed.). Autism and Asperger Syndrome. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.
52. *Happe F.* The role of age and verbal ability in the theory of mind task performance of subjects with autism. Child Dev. 66,1995. P. 643-8S5.
53. *Hermelin B., O'Connor N.* Psychological Experiments with Autistic Children. Oxford: Pergamon Press, 1970. Chap. 3.
54. *KannerL.* Autistic disturbances of affective contact // Nervous Child. 1943. N 2. P. 217-250.
55. *Krevelen van Am. D.* On the relationship between Early Infentile autism and autistic Psychopathy // Acta Paedopsychiatrica. 1963, Vol. 30. N 9-10. P. 303-323.
56. *Lancioni G. E.* Using pictorial representations as communication means with low-functioning children // J. of Autism and Developmental disorders. 1983. Vol. 14. P. 87-105.
57. *RutterM.* Childhood schizophrenia reconsidered //J. Autism Child. Schizophrenia. 1972. Vol. 2. P. 315-337.
58. *RutterM.* Maternal Deprivation. Baltimore: Penguin Books, 1972.
59. *Stem W.* Die menschliche Perscnlichkeit. Leipzig, 1923.
60. »7nf I. Autistic children. N.Y., 1985.
61. *WingL.* (Ed.) Early Childhood Autism: Clinical, Educational, and Social Aspects. 2nded. N. Y.; Oxford: Pergamon Press, 1976. P. 342.
62. *Wolff?. H.* Observations on the Early Development of Smiling // B. M. Foss et al. Determinants of Infant Behaviors. L., 1963. Vol. 2. P. 113-138.

Часть 3
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ

Глава 8
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В СИСТЕМЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ

Трудности психологической реабилитации и адаптации детей с ранним детским аутизмом в значительной степени обусловлены сложной структурой и степенью тяжести их дефекта, проявляющихся в особенностях их аффективной дезадаптации, в дефиците потребности в общении, в недоразвитии регуляторных функций и в своеобразных нарушениях познавательной деятельности и речи. Эти особенности необходимо учитывать в процессе психолого-педагогической помощи детям с аутизмом как одного из важнейших звеньев системы их реабилитации.

Существует широкое и узкое понимание психологической помощи детям с аутизмом. В широком смысле психологическая помощь является системой психологических воздействий, нацеленных на исправление имеющихся у детей недостатков в развитии психических функций и личностных свойств. В узком смысле психологическая помощь — это один из способов психологического воздействия, направленный на гармонизацию развития личности ребенка, его социальной активности, адаптации, формирование адекватных межличностных отношений [Мамайчук, 2001].

В настоящее время вопросы своевременной психологической помощи детям и подросткам с нарушениями В развитии разработаны недостаточно. На практике различные психотехнические приемы нередко используются психологами и педагогами без учета клинической формы раннего детского аутизма, уровня развития интеллектуальных процессов и особенностей эмоционально-волевой сферы ребенка.

Отсутствие четко разработанных дифференцированных психокоррекцион-ных методов, неадекватный подбор психотехнических приемов может не только отрицательно сказываться на качестве психического развития ребенка, но и создавать существенные трудности в работе педагогов и родителей с ребенком.

Многолетний опыт нашей работы показывает, что правильно подобранные методы психологической помощи с учетом индивидуально-психологических особенностей детей и подростков с проблемами в развитии оказывают положительное влияние на динамику их умственного и личностного развития.

По своему характеру психологическая помощь может осуществляться в различных формах: рекомендательных, диагностических, а также в психокор-рекционных и психотерапевтических воздействиях.

Рекомендательные формы включают в себя:

- рекомендации, направленные на дальнейшее воспитание и обучение ребенка (например, такие как определение ребенка в коррекционные школы, специальные сады, направления на дополнительные консультации у психоневролога, логопеда, психолога-консультанта другого профиля и т. д.);
- рекомендации методов воспитания, обучения ребенка;
- рекомендации по профессиональной ориентации подростков.

Диагностические формы представлены следующими мероприятиями:

- определение готовности ребенка к школьному обучению;

- выявление причин трудностей в обучении;
- психологическая или нейропсихологическая диагностика развития гностических процессов;
- диагностика эмоционального состояния ребенка, степени тяжести его аффективной патологии.

Все указанные виды помощи являются психологическими в том смысле, что они нацелены на проблемы, вызванные психологическими причинами, и основаны на психологическом воздействии. Так, например, помощь в устройстве ребенка с ранним детским аутизмом во вспомогательную школу, казалось бы, не содержит в себе ничего психологического, а относится, скорее, к сфере медицины и специальной педагогики. Более того, многие клиницисты и педагоги пытаются решить этот вопрос без помощи психолога. Однако это не всегда оправданно: во-первых, как правило, объектом помощи является, прежде всего, родитель, который может остро переживать перевод или устройство ребенка во вспомогательную школу и активно сопротивляться этому; во-вторых, определение степени и структуры интеллектуального дефекта основано на психологических знаниях развития ребенка и обязательно требует психологических методов диагностики существующих нарушений.

В действительности психологическую по своему характеру помощь далеко не всегда оказывают только психологи. Среди специалистов, деятельность которых связана с оказанием такой помощи, могут быть врачи-психиатры, психотерапевты, психоневрологи, педагоги, социальные работники. В связи с этим в свое время было описано несколько моделей психологической помощи детям и подросткам с нарушениями в развитии [Семья в психологической консультации, 1989].

Педагогическая модель включает в себя оказание помощи родителям в воспитании детей. Педагог-консультант анализирует вместе с родителями сложившуюся ситуацию и вырабатывает программу мер, направленных на ее изменение.

Диагностическая модель широко используется в медико-психолого-педагогических комиссиях, где рассматривается вопрос о дальнейшем обучении ребенка. Сам процесс диагностики аутичных детей является комплексным и предполагает участие группы специалистов для осуществления медицинской, педагогической или психологической диагностики.

Социальная модель помощи чаще используется в семейной консультации. Такого рода помощь может состоять, например, в знакомстве родителей детей с аутизмом друг с другом или с имеющимися в городе социальными службами, родительскими ассоциациями, семейными клубами и пр.

Медицинская модель помощи предполагает усилия специалистов, направленные на лечение, реабилитацию детей с аутизмом, а также на психическую адаптацию здоровых членов семьи к особенностям больного ребенка.

И наконец, *психологическая модель* помощи, опирающаяся на закономерности психического развития ребенка и подростка, предполагает анализ особенностей формирования познавательных процессов и личности ребенка или подростка с проблемами в развитии и разработку адекватных методов психологического воздействия, то есть оказание всесторонней психологической помощи.

Учитывая сложность дефекта у детей с аутизмом, мы рассматриваем необходимую в данном случае психологическую помощь как сложную систему психолого-реабилитационных воздействий, направленных на повышение социальной активности, развитие коммуникативных навыков и самостоятельности, укрепление социальной позиции личности ребенка в социуме, развитие интеллектуальных и речевых функций, которые соответствуют психофизическим возможностям ребенка.

Важное значение имеет решение частных задач: устранение у ребенка вторичных личностных реакций на имеющийся неадекватный стиль семейного воспитания, устранение неадекватного отношения окружающих к ребенку, госпитализма и пр.

Психологическая помощь детям и подросткам с аутизмом отличается от психологической помощи детям и подросткам с другими нарушениями в психическом развитии — как по целевой направленности, так и по организации и динамике процесса работы с ребенком. Она предполагает учет следующих факторов:

1) сложная, искаженная структура эмоционального и интеллектуального дефекта у детей с РДА;

2) многообразие аутистических расстройств, которые представлены следующими клиническими группами:

• детский аутизм Каннера, при котором наблюдается врожденная или рано приобретенная недостаточность коммуникативности;

• органический аутизм, характеризующийся недостаточным, рано проявляющимся нарушением коммуникативности;

• шизофренический аутизм, при котором нарушение коммуникативности связано с прогродиентным психотическим процессом;

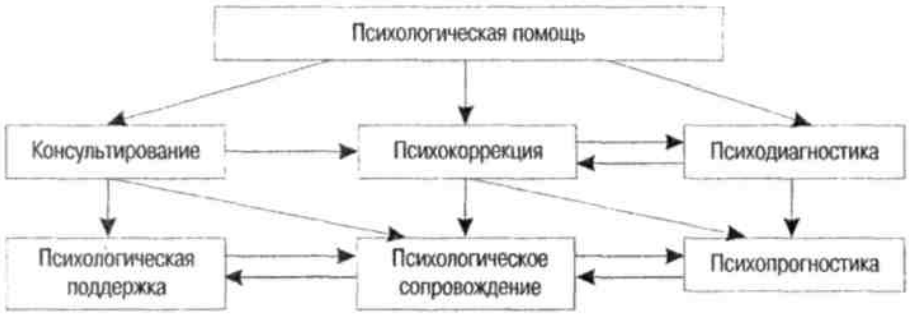
• шизоидная психопатия, которой свойственна недостаточность и спе-. цифика общения;

3) наличие определенной нозологической структуры, обладающей качественными особенностями в каждом конкретном случае (аутизм в чистом виде практически не встречается), что определяет различные задачи психологической помощи;

4) сложное сочетание в картине психического состояния детей с аутизмом биологических и социальных факторов развития;

5) особенности социальной ситуации развития в связи с выраженностью аффективной дезадаптации, особенностями межличностного общения ребенка в семье и в социуме.

Ниже на схеме представлены основные блоки психологической помощи детям и подросткам с ранним детским аутизмом.



Структура психологической помощи детям и подросткам с ранним детским аутизмом

Центральным звеном в системе психологической помощи детям с РДА является психологическая коррекция. Блоки этой системы взаимосвязаны между собой, но каждый из них имеет свою специфику и содержательную направленность. Особое место в системе психологической помощи занимает психологическое сопровождение, которое является вторичным звеном в системе психологической помощи и в значительной степени определяется эффективностью психологической диагностики и коррекции.

Сложность и своеобразие психики детей, страдающих ранним детским аутизмом, требует тщательного методологического подхода к организации процесса психологической помощи. Разработка ее принципов как основополагающих, отправных идей является чрезвычайно важным этапом в создании реабилитационных программ [Мамайчук, 2001].

Мы выделили четыре базовых принципа психологической помощи детям и подросткам с аутизмом: принцип личностного подхода, каузальный* принцип, принципы комплексного и деятельностного подходов.

Прежде всего, в процессе психологической помощи необходимо учитывать не

отдельные нарушенные функции, например уровень интеллекта или степень тяжести аффективной патологии ребенка, а личность ребенка в целом, со всеми ее индивидуальными особенностями. Тем самым будет реализован принцип *личностного подхода* к ребенку.

Основоположник клиент-центрированной терапии, известный американский психотерапевт К. Роджерс выделил три основных направления реализации этого принципа: а) каждая личность обладает безусловной ценностью и

заслуживает уважения как таковая; б) каждая личность в состоянии быть ответственной за себя; в) каждая личность имеет право выбирать ценности и цели и принимать самостоятельные решения [Rogers, 1951]. Психолог должен воспринимать любого ребенка и его родителей как уникальных, автономных индивидов, уважать и признавать за ними право свободного выбора, право самоопределения, право жить собственной жизнью.

Второй важнейший принцип — *каузальный.* Психологическая помощь детям с ранним детским аутизмом должна быть больше сконцентрирована не на внешних проявлениях нарушений в развитии, а на действительных источниках, порождающих эти отклонения. Например, низкий коммуникативный потенциал у ребенка еще не является проявлением аутизма. Он может быть как индивидуально-типологической характеристикой ребенка, так и психогенной реакцией на неблагоприятную ситуацию и пр. Сложная иерархия отношений между симптомами и их причинами, структура дефекта должны определять задачи и цели психологической помощи детям с ранним детским аутизмом. Реализация каузального принципа в процессе психологической помощи способствует устранению причин и источников отклонений в психическом развитии больного ребёнка.

Третий, на наш взгляд, чрезвычайно необходимый принцип психологической помощи детям с ранним детским аутизмом — принцип *комплексного подхода.* Эффективность психологической помощи в значительной степени зависит от тщательного учета клинических и социально-педагогических факторов в развитии ребенка. Психолог должен владеть полной информацией о причинах и специфике заболевания ребенка, о предстоящей тактике лечения, перспективах медицинской реабилитации. Кроме того, ему необходимо непосредственно контактировать с врачом-психиатром, у которого наблюдается ребенок, знать, какие лекарства он принимает, какие лечебные процедуры ему назначены. Контактируя с педагогом или социальным работником, работающим с ребенком, психолог должен собирать исчерпывающую информацию об особенностях самообслуживания, степени развития учебных навыков, индивидуально-психологических характеристиках ребенка.

Четвертый принцип — принцип *деятельностного подхода.* Психологическая помощь должна осуществляться с учетом ведущего вида деятельности, доступной ребенку. Если это дошкольник, то в контексте игровой деятельности, если школьник, — учебной. Кроме того, особенно в процессе работы с ау-тичными детьми, необходимо ориентироваться на тот вид деятельности, который является аффективно значимым для ребенка. Например, многочисленные стереотипии, которые наблюдаются у детей с аутизмом, можно использовать в процессе психологической диагностики и коррекции.

Одним из основных направлений психологической помощи детям и подросткам с нарушениями в развитии является психологическое консультирование.

Консультация (от лат. consultatio) означает совет специалиста по какому-либо вопросу. Консультирование — это профессиональная деятельность, направленная на оказание помощи человеку в решении проблем, возникающих в различных сферах его жизнедеятельности.

Существующие сегодня в мировой практике виды психологического консультирования детей и подростков чрезвычайно разнообразны. Они различаются по характеру задач, решаемых специалистами — педагогами-дефек-тологами, социальными

работниками, врачами и др. Эти различия, как отмечалось выше, формируют ту или иную модель психологического консультирования. Каждая из таких моделей опирается на собственную теоретическую базу и предопределяет используемые методы работы.

Психологическое консультирование является важным звеном психологической помощи детям и подросткам с аутизмом. Оно представляет собой систему, состоящую из следующих основных блоков [Мамайчук, 2001]:

1) гностический блок;
2) конструктивный блок;
3) организационный блок;
4) оценочный блок.

Выделенные нами блоки тесно связаны между собой и отражают динамику консультативного процесса. Рассмотрим характеристики каждого блока в динамике консультативного процесса детей с аутизмом.

Задачи *гностического блока* консультирования многогранны и зависят от проблем консультируемых.

Знакомство с родителями и ребенком в ходе психологического консультирования начинается с первой встречи. Она достаточно коротка, то есть укладывается в традиционные 45—90 минут. Следует подчеркнуть, что перед психологическим консультированием дети, страдающие аутизмом, должны пройти обследование у клиницистов (детского психиатра, невропатолога и др.). Как подчеркивалось выше, полиэтиологичность и многообразие аути-стических синдромов у детей требует квалифицированного анализа клинициста. Информация о ребенке, полученная психологом от врача-психиатра, оптимизирует процесс консультирования, дает психологу возможность правильно организовать первую встречу с ребенком и его родителями и направить консультативный процесс в нужное русло.

Во время первой встречи психолог выслушивает жалобы родителей, а также составляет впечатление о родителях и ребенке на основе их поведения и характера общения с психологом. Дети с аутизмом плохо привыкают к новой обстановке. Их поведение нередко хаотично, представлено в виде бессмысленной активности: они хватают предметы на столе психолога или в кабинете, зачастую берут их в рот, обнюхивают. При таком полевом поведении желательно проводить беседу с родителями отдельно от ребенка. Ребенку можно предложить пообщаться с помощником психолога или с кем-нибудь из родителей в кабинете. Для этого надо подготовить на отдельном столике специальные игрушки, а также камушки, веревочки и другие аффективно значимые для ребенка предметы.

На первых этапах консультирования психолог должен сориентироваться в мотивах обращения родителей детей с аутизмом к консультанту. Опыт нашей работы показывает, что у подавляющего большинства родителей детей с аутизмом наблюдается деловая ориентация на процесс консультирования. Это проявляется в том, что родители искренне заинтересованы в решении своих проблем и полностью доверяют психологу. Однако нередко наблюдается недостаточно адекватная ориентация. Родители преувеличивают возможности консультанта, иногда просят выписать лекарство ребенку, порекомендовать медицинские процедуры. У некоторых родителей наблюдается потребительская ориентация, которая проявляется в том, что они ориентируются на быстрое решение проблемы, пытаются переложить ответственность за процесс реабилитации на консультанта-психолога. Такие родители часто обращаются к психологу с готовой моделью желаемого результата и настаивают на ее осуществлении. Например, просят оценить интеллект ребенка: «Обследуйте его и докажите, что он может обучаться по массовой программе, что он такой же, как все». В таких случаях психолог всегда сталкивается с принципиально важной задачей: точно и адекватно оценить истинное содержание и значение таких жалоб и просьб. Каждый из таких случаев требует кропотливого анализа, позволяющего психологу понять мотивы обращения к нему.

Большое значение в эффективности консультативного процесса имеет психологический анализ жалоб родителей.

Опыт нашей многолетней работы показывает, что при обращении к консультанту-психологу наблюдаются следующие варианты жалоб родителей детей с аутизмом:

- жалобы на особенности поведения ребенка (ведет себя странно; окружающих не замечает; любит играть один; играет в «странные» игры);
- жалобы на эмоциональное развитие ребенка (страхи, тревожность);
- жалобы на отставание в психическом развитии;
- жалобы на отставание в развитии речи или на особенности речевого развития;
- жалобы на индивидуальные психические особенности (замкнутый, очень подвижный, заторможенный и пр.).

Среди перечисленных жалоб нередко встречаются необоснованные жалобы, которые можно разделить на две категории: частично обоснованные и абсолютно необоснованные. Например, родители жалуются на плохое, странное поведение ребенка в связи с предвзятым отношением воспитателя детского сада к нему. У ребенка действительно наблюдается неадекватное поведение, но оно обусловлено не «плохим отношением педагогов к нему», а особенностями его психического развития. В случае абсолютно необоснованных жалоб нередко возникает вопрос не только о педагогической безграмотности родителей; но и об их психологических особенностях: жалобы на ребенка могут быть своеобразной проекцией личностных проблем. Например, мать может пожаловаться на то, что ребенок вредный, непослушный, «такой же, как муж». Такая жалоба, как правило, является своеобразным отражением особенностей психологического климата в семье. Таким образом, необоснованность, так же как и отсутствие у родителей жалоб на ребенка с аутизмом, может определяться такими факторами, как психологическая неграмотность самих родителей, искажение родительских отношений к ребенку, защитная реакция у родителей, а в отдельных случаях и психологические проблемы самих родителей.

По направленности можно выделить два вида жалоб:

- направленные на конкретный субъект (например, жалобы на ребенка, на учителей, свекровь и т. п.);
- содержательные жалобы (например, жалобы на нарушение развития, поведение ребенка, особенности его межличностных контактов и пр.).

На первых этапах консультирования психолог может сталкиваться со скрытым содержанием жалоб родителей. Это нередко обусловлено неподготовленностью родителя к беседе с психологом, волнением. В связи с этим особое значение приобретает способность психолога своевременно правильно задать вопрос, для того чтобы перевести скрытое содержание жалоб в явное. Грамотно поставленный психологом вопрос, облегчающий родителям рассказ о существующей проблеме, способствует формированию у них положительного отношения к специалисту. Например, психолог может спрашивать родителей: «Ваш ребенок любит играть с бытовыми предметами или предпочитает игрушки?» — или: «Ваш ребенок любит повторять слова и слоги, любит музыку?» Как только родители начинают отвечать на вопросы, содержащие описание особенностей, присущих ребенку с аутизмом, у них возникает позитивная установка на общение с психологом, улучшается психологический контакт.

Эффективность получения информации при первой встрече в значительной степени зависит не только от правильно поставленных вопросов, но и от умения психолога анализировать спонтанные высказывания в ходе общения с родителями, а также результаты наблюдения за коммуникацией родителей с ребенком. Например, мать неожиданно заявляет психологу: «Почему такой ребенок, у нас в роду таких никого не было». Подобные высказывания отражают неконструктивную позицию матери по отношению к ребенку и подчеркивают скрытые межличностные конфликты в семье.

Таким образом, на первом этапе консультирования психолог осуществляет

предварительную диагностику состояния ребенка, особенностей семейного воспитания, производит клинико-психологическую оценку состояния членов семьи, понимания ими состояния ребенка и его перспектив, оценивает динамику семьи в связи с болезнью ребенка, структуру семьи и характер семейных отношений на момент обследования, отношения семьи с внешним миром.

Одним из решающих факторов, сопутствующих эффективности консультирования на данном этапе, является установление *консультативного контакта.* Родители детей с аутизмом на приеме у психолога хотят, чтобы их выслушали, поняли их заботы, тревоги, сомнения и конфликты. Доброжелательное и заинтересованное внимание психолога в процессе беседы с родителями является важным условием установления психологического контакта. Формирование такого контакта начинается с первой встречи психолога с ребенком и его родителями. Основой формирования эффективного контакта являются принципы клиент-центрированной терапии, сформулированные К. Роджерсом [Rogers, 1951]. Автор отмечает, что и у ребенка, если позволяет его возраст, и у родителей должно возникнуть чувство, что они выслушаны и поняты. В процессе консультативного контакта необходимо создать обоюдное доверие между психологом и клиентами. Как справедливо отмечает Роджерс, для этого психологу необходимы такие личностные качества, как искренность, эмпатия и безусловное уважение к людям.

В исследованиях Джорджа и Кристиани [George, Cristiani, 1990] выделены шесть основных параметров консультативного контакта: эмоциональность; интенсивность; динамичность; конфиденциальность; направленность на поддержку; добросовестность. Характер консультативного контакта в значительной степени зависит также от теоретической ориентации консультанта.

Опыт нашей работы с родителями детей с аутизмом показывает, что эффективному консультативному контакту нередко мешает негативный опыт, который родители приобрели при общении с другими специалистами. Нередко некоторые родители имеют неадекватные представления о задачах психологического консультирования, путают психологическое консультирование с консультацией врача-психиатра, дефектолога.

Пример

Молодые родители пришли с ребенком на прием к психологу после консультации врача-невропатолога и логопеда. Категоричные высказывания врача и логопеда о «неперспективности» ребенка и рекомендации отдать его в специализированное учреждение сформировали негативную установку родителей на консультацию психолога, ввели родителей в состояние глубокого фрустрационного напряжения. В процессе разговора с психологом родители вели себя крайне настороженно, неохотно излагали свои жалобы, на начальных этапах общения даже проявляли раздражение. Психологу пришлось объяснять родителям, что для него важен не столько диагноз, сколько информация, которая поможет раскрыть потенциальные возможности ребенка и помочь ему. Кстати, в данном случае специалисты глубоко ошиблись. В настоящее время мальчик успешно окончил речевую школу и имеет работу.

Кроме того, практика показывает, что негативный настрой на процесс психологического консультирования чаще всего наблюдается у родителей, имеющих детей с тяжелыми формами аффективной патологии.

Перед психологом стоит важная задача понять причины такого отношения и, главное, смягчить эмоциональный дискомфорт у родителей в связи с тяжелой болезнью ребенка. Формирование положительного настроя родителей на работу со специалистом возможно только в случае недопустимости со стороны психолога оценочных суждений о ребенке, особенно на первом этапе. Напротив, полезным является активное вовлечение родителей в психодиагностический процесс. Опыт нашей работы показывает, что родители, принимавшие непосредственное участие в психодиагностическом процессе, более адекватно оценивают потенциальные возможности ребенка, чем те родители, которые в этом процессе не участвовали.

В практике нередко наблюдаются случаи, когда сам психолог может спровоцировать негативное отношение у родителей и ребенка авторитарным стилем беседы, бессистемным, длительным тестированием ребенка, отчужденным, холодным отношением к проявлению даже минимальной активности у ребенка, неумением выслушать родителей, прерыванием их монологов и пр. Психологу необходимо помнить, что многие родители в силу глубоких переживаний за ребенка не всегда готовы к идентификации своих проблем и нуждаются в помощи психолога, для того чтобы иметь возможность вербализировать свои переживания, открыто выразить их. Любые невыраженные сильные эмоции, особенно отрицательные, затрудняют последующий процесс консультирования и делают его непродуктивным, а порой и вредным для психического состояния родителей и ребенка.

Разнообразная информация, извлеченная из первой беседы с родителями ребенка с аутизмом, требует соответствующего обобщения. В целях практического удобства обобщение можно проводить в виде выделения ведущих психологических синдромов, включающих в себя специфику сюжета жалоб, особенностей их подтекста, а также ряда дополнительных неспецифических поведенческих проявлений, наблюдаемых у ребенка и его родителей (средства невербальной коммуникации: жесты, взгляд и пр.). Следует помнить, что психологические синдромы представляют собой первоначальные гипотезы, которые проверяются и уточняются в дальнейшей работе с ребенком и родителями.

При анализе жалоб необходимо выделить следующие радикалы:

1) степень обоснованности жалоб родителей на поведение и развитие ребенка. Решение этой диагностической задачи во многом предопределяет диагностику родительского отношения к ребенку и характер дальнейшей работы с родителями;

2) состояние психического развития ребенка, дефект развития, его природу;

3) дальнейшие диагностические цели (личностную характеристику родителей, родительского отношения и взаимоотношений с ребенком, отношений в семье в целом, отношений ребенка вне семьи), направление последующей консультативной работы с родителями и психокоррекци-онной работы с ребенком.

Основной задачей *конструктивного блока* психологического консультирования является проектирование консультативного процесса, отбор средств и методов консультирования с учетом интеллектуального и психического потенциала ребенка или подростка с ранним детским аутизмом.

В зависимости от результатов первичной диагностики, построенной на основе анализа родительских жалоб и наблюдений за ребенком, может быть поставлен вопрос о специальной диагностике. Учитывая особенности психического развития детей с аутизмом, их аффективные и поведенческие проблемы, специальную диагностику не рекомендуется проводить во время первой встречи консультативного процесса. Следует особо подчеркнуть нецелесообразность применения единых стандартных тестов, прежде всего на начальных этапах консультирования. Как отмечалось выше, процесс тестирования детей с аутизмом является достаточно трудоемким, требует от психолога высокоразвитого умения индивидуально подойти к ребенку, наладить с ним психологический контакт.

Подбор методических средств для психологической диагностики детей с аутизмом зависит от структуры, степени тяжести и специфики эмоционального и интеллектуального дефекта. Как правило, используются психометрические, нейропсихологические, патопсихологические методы исследования, направленные на изучение гностических процессов, эмоционально-волевой сферы, работоспособности, двигательных и речевых функций. Психологическое обследование детей, страдающих аутизмом, в первую очередь должно быть направлено на качественный анализ существующих нарушений. Предъявляемые ребенку задания не обязательно должны соответствовать его хронологическому возрасту: следует подбирать их таким образом, чтобы они были адекватны степени его аффективной дезадаптации, уровню сенсомоторного и

интеллектуального развития.

Динамика и содержание процесса психологической диагностики детей с аутизмом также зависят от степени тяжести аффективной патологии, уровня и структуры интеллектуальных и гностических нарушений. Сам процесс обследования необходимо проводить в форме игры, которая аффективно значима для ребенка и доступна ему.

Анализ психического развития ребенка в сопоставлении с жалобами родителей, озвученными на предыдущем этапе консультирования, позволяет психологу подготовить основания для выводов, рекомендаций, формулирования психокоррекционных программ.

Основной целью *организационного блока* психологического консультирования детей и подростков, страдающих аутизмом, и их родителей является последовательная реализация планов по мобилизации всех участников процесса на разрешение проблем.

Перед психологом на данном этапе стоит несколько конкретных задач:

1. Активизация каждого участника консультативного процесса (отца, матери, ребенка).
2. Обучение родителей умению объективизировать и правильно осознавать имеющиеся у ребенка психологические и патопсихологические проблемы.
3. Установление оптимальных доверительных взаимоотношений у всех участников консультативного процесса (родителя, психолога, ребенка).

При реализации этих задач особую важность составляет положительный настрой родителей и детей на процесс консультирования и взаимодействие с психологом. Особые трудности возникают при работе с родителями, если их , негативный и даже враждебный настрой на процесс взаимодействия с психологом не удалось преодолеть на первых этапах консультирования.

В процессе консультирования мы нередко сталкиваемся с искаженным родительским отношением к ребенку с аутизмом. Это наглядно проявляется в неадекватных стилях семейного воспитания, а именно: в чрезмерной концентрации родителей на проблемах и нуждах ребенка, в удовлетворении всех его потребностей. Нередко родители скрывают своих детей от знакомых, даже дальних родственников из-за чувства ложного стыда, вины, стараются всячески оградить ребенка от общения с другими детьми. Соответственно, перед психологом встает задача изменения родительского отношения к ребенку и окружающим их людям.

У большинства родителей в формировании отношения к болезни ребенка участвуют механизмы психологической защиты. Консультант должен уметь распознавать их и оптимально использовать. Психологическая защита по-разному влияет на особенности отношения родителей к болезни ребенка. Растерянность, подавленность в связи с неконтактностью их ребенка снижает у многих родителей родительскую самооценку. Одни родители вытесняют из сознания несостоятельность ребенка, преувеличивая его достижения, другие, наоборот, излишне фиксированы на «странностях» ребенка, стесняются его.

Большинство родителей аутичных детей волнует аутистический барьер, существующий между ними и ребенком. У них наблюдается высокая потребность испытать хотя бы короткую радость общения с ребенком, направить поведение ребенка в нужное русло. Это нередко формирует непродуктивные стили поведения родителей.

Пример

Отец 5-летнего Ильи старался постоянно развлекать мальчика, включал громкую музыку, возил мальчика на салюты, массовые гуляния и пр. После такого общения ребенок очень переутомлялся, плохо спал, нарастало двигательное возбуждение. Бабушка мальчика, детский врач, категорически возражала против таких «развлечений» ребенка, но не могла убедить зятя. В процессе беседы было выявлено, что отец поступает таким образом не потому, что хочет поступать таким образом, а потому, что не может бездействовать, очень хочет помочь ребенку. После того как в процессе консультирования психолог рассказал родителям об особенностях психического развития

детей с аутизмом, обратил их внимание на повышенную чувствительность мальчика, их действия в отношении его изменились.

Следует подчеркнуть, что ни в коем случае нельзя прибегать к прямой критике родителей, к оценочным суждениям в адрес их стилей воспитания. Необходимо дать возможность родителям понять особенности аутистического поведения детей.

Планируя дальнейшую коррекционную работу с ребенком, психолог обязательно должен учитывать адаптацию родителей к проблемам ребенка, стили и методы семейного воспитания, психологический климат в семье, социально-психологический статус родителей. Включение родителей в психологическую работу с ребенком, основанную на реалистичном подходе к перспективам лечения, — важная задача, стоящая перед психологом.

Способы и формы консультативной работы, к которым прибегает психолог, должны выбираться в соответствии с проблемами ребенка и его родителей и стоящими перед ним задачами.

По завершении данного этапа психолог предоставляет родителям соответствующую информацию о ребенке, высказывает свое мнение о нем, отвечает на вопросы родителей и информирует их о разных аспектах обсуждаемых проблем.

Целью *оценочного блока* является обобщение достигнутых в процессе консультирования результатов и обсуждение совместно с родителями дальнейших планов работы с ребенком.

Психологическое консультирование — это первая ступень в системе психологической помощи детям с аутизмом и их родителям.

Представленная нами структурная модель отражает динамику консультативного процесса, однако реальный процесс консультирования значительно обширнее и не всегда подчиняется данному алгоритму. Выделенные блоки условны, так как в практической работе их взаимосвязь значительно сложнее, чем в изложенной схеме.

Итак, в процессе психологического консультирования центральным звеном являются объекты консультирования (ребенок с аутизмом и его семья). Специфика консультативного процесса определяется формой и степенью тяжести аффективной патологии ребенка, а его результативность — профессиональной компетенцией психолога, его личностными качествами и большим желанием помочь ребенку и его родителям.

Глава 9
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ

Психологическая помощь детям с ранним детским аутизмом не должна ограничиваться только консультированием и психокоррекционными занятиями. Ее эффективность в значительной степени зависит от воздействия на социально-психологическую среду, которая окружает ребенка или подростка с детским аутизмом.

Это воздействие успешно достигается с помощью психологического сопровождения, которое интенсивно внедряется в систему психологической помощи в последнее десятилетие [Барднер, Ромазан, Череднякова, 1993; Битяно-ва, 1997; Галияхметов, Лихтарников, 1998; и др.].

В словаре русского языка слово «сопровождение» происходит от глагола «сопровождать», обозначающего такие действия, как идти, ехать вместе с кем-либо в качестве спутника или провожатого. В дословном переводе «сопровождение» означает содействие. М. Р. Битянова, анализируя специфику сопровождения в работе школьного психолога, рассматривает его как систему профессиональной деятельности психолога, направленной на создание социально-психологических условий для успешности обучения ребенка в ситуации школьного взаимодействия. Сопровождение автор рассматривает как метод и идеологию работы школьного психолога. Цель сопровождения, по ее мнению,

состоит в создании «в рамках объективно данной ребенку среды условий для максимального в данной ситуации личностного развития и обучения» [Битянова, 1997, с. 21] и заключается в активном направленном воздействии психолога на социальные условия, в которых живет ребенок. Рассмотренные автором задачи сопровождения здоровых школьников, несомненно, имеют важное практическое значение. Вместе с тем следует отметить, что содержательная направленность и задачи психологического сопровождения детей с нарушениями в развитии существенно отличаются от задач психологического сопровождения здорового ребенка.

Мы рассматриваем психологическое сопровождение детей с нарушениями в развитии как деятельность психолога, направленную на создание комплексной системы клинико-психологических, психолого-педагогических и психотерапевтических условий, способствующих успешной их адаптации, реабилитации и личностному росту в социуме (таких его институтах, как школа, семья, медицинское учреждение и пр.) [Мамайчук, 2001]. Психологическое сопровождение должно осуществляться одним и тем же (семейным) специалистом-психологом. Если ребенок с аутизмом обучается в специальной школе, эту роль берет на себя школьный психолог. Большинство детей с аутизмом, особенно с тяжелой степенью аффективной патологии, не посещает образовательных учреждений и обучаются на дому. В этом случае сопровождать ребенка и его семью призван психолог диспансера или поликлиники, к которым он прикреплен, или психолог специальной школы.

Психологическое сопровождение является, по сути, динамическим процессом, который необходимо рассматривать как целостную деятельность психолога, содержащую в себе пять взаимосвязанных компонентов:

- систематическое отслеживание клинико-психологического и психолого-педагогического статуса ребенка в динамике его психического развития;
- создание социально-психологических условий для эффективного психического развития ребенка в социуме;
- систематическую психологическую помощь ребенку в виде консультирования, психокоррекции, (психологической поддержки;
- систематическую психологическую помощь родителям и родственникам;
- организацию жизнедеятельности ребенка (подростка) в социуме с учетом его психических и физических возможностей.

Рассмотрим специфику каждого компонента с учетом особенностей психического развития детей с аутизмом.

Отслеживание психологического статуса ребенка является достаточно трудоемким процессом, требующим тесного взаимодействия всех специалистов, участвующих в жизни ребенка.

Как подчеркивалось выше, психологическая помощь детям с ранним детским аутизмом требует обязательного участия врача-психиатра и педагогов-дефектологов (воспитатель, учитель, логопед). Безусловно, между клиническим, педагогическим и патопсихологическим подходами к особенностям психического развития при раннем детском аутизме имеются существенные различия. Например, клиницисты рассматривают психическое состояние ребенка с аутизмом с позиции логики болезни. Они анализируют болезненные формы проявлений аутизма, его патогенетические, этиологические и клинические характеристики. Важно понимать, что учет клинических факторов чрезвычайно важен и для психолога, работающего с детьми с аутизмом. Например, В. М. Башина справедливо подчеркивает, что к раннему детскому аутизму необходимо подходить как диссоциированному онтогенезу, при котором наблюдается асинхрония в развитии всех сфер деятельности ребенка. Недостаточный учет психологом клинических факторов аутизма не только снижает эффективность системы психологического сопровождения, но и искажает его сущность. Кроме того, подавляющее большинство детей с аутизмом нуждается в лечебной помощи, которая может быть представлена

различными лечебными профилями: психофармакотерапией, физиотерапией, массажем и др. Медикаментозная терапия направлена на купирование психопатологических проявлений болезни, на активизацию ребенка, на ослабление психического напряжения [Башина, 1999]. В процессе отслеживания статуса ребенка психолог обязательно должен учитывать, какие лечебные процедуры он получает, и обсуждать динамику его психического состояния совместно с врачом-психиатром.

Педагог-дефектолог дает оценку знаний, умений ребенка, особенностей развития его школьных навыков с целью построения научно-обоснованной программы дальнейшего обучения и воспитания. Психолог получает максимальную информацию от педагога об особенностях усвоения ребенком знаний, о его поведении. В свою очередь, педагог-дефектолог при составлении обучающих программ не может не учитывать особенности развития гностических процессов и личности ребенка, степень и структуру дефекта, которые определяет психолог.

Педагог-логопед определяет уровень и специфику речевой патологии, свойственной детям-аутистам. Данные логопеда об особенностях речевого развития детей с аутизмом помогают психологу в диагностике развития гностических и интеллектуальных процессов. Например, логопед констатирует наличие у ребенка с аутизмом дизартрии (трудности сочленения звуков), что наблюдается у детей с церебрально-органической недостаточностью. Впоследствии при проведении нейропсихологической диагностики гностических процессов у ребенка и составлении программы психологической коррекции у психолога появляется возможность реализации более дифференцированного подхода.

Психолог является центральным звеном в системе психологического сопровождения детей с аутизмом. Анализируя особенности психического развития ребенка с аутизмом, определяя степень, структуру и специфику аффективного и интеллектуального дефекта у ребенка, психолог рассматривает их не с позиции логики болезни, а с позиции нормального психического развития, анализирует механизмы нарушения нормальной психической деятельности ребенка с аутизмом.

Таким образом, у педагогов-дефектологов, клиницистов и психологов один и тот же объект психологического сопровождения — это ребенок или подросток с ранним детским аутизмом, однако все они реализуют качественно различные подходы к отслеживанию и анализу его психологического статуса.

Рассмотрим основные *этапы процесса отслеживания:* подготовительный, ориентировочный, планирования, реализации и заключительный.

Подготовительный этап включает в себя следующие задачи:

1. Установление контакта со всеми участниками сопровождения ребенка.
2. Определение объема работы и последовательности процесса отслеживания.
3. Подготовка необходимой документации.
4. Составление графика работы специалистов.

Эффективность психологического сопровождения в значительной степени зависит от качества контакта психолога со специалистами, наблюдающими ребенка. Устанавливая контакт с врачами и педагогами, психолог обязательно должен обсудить с ними цели психологического сопровождения. Нередко специалисты, особенно клиницисты, отказываются обмениваться информацией, не дают психологу ознакомиться с историей болезни ребенка, мотивируя это тем, что психиатрический диагноз является врачебной тайной. Нередко можно столкнуться с потребительской установкой врача. Так, врач одного из дневных стационаров города не разрешала психологу читать историю болезни до тех пор, пока тот не напишет заключения, объясняя это необходимостью объективного подхода к больному ребенку.

Бывают и обратные случаи, когда психологов не интересуют мнения педагогов, родителей, социальных работников о ребенке и они ограничиваются в своей работе только результатами собственных исследований, что совершенно недопустимо. При работе с ребенком с аутизмом необходим тесный контакт не только со всеми специалистами, у

которых наблюдается или занимается ребенок, но и со всеми лицами, которые окружают ребенка (семья, друзья, знакомые и пр.).

Ориентировочный этап направлен на решение следующих задач:

1. Установление контакта с родителями и родственниками ребенка.
2. Установление контакта с группой, которую посещает ребенок, с классным руководителем или воспитателями.
3. Знакомство специалистов с результатами психологического обследования.
4. Совместное обсуждение с педагогами и другими специалистами особенностей психического развития ребенка.

Этап планирования включает в себя создание индивидуальной программы сопровождения ребенка и ее утверждение всеми специалистами.

На *этапе реализации* индивидуальной программы осуществляется решение следующих задач:

1. Оказание необходимой помощи родителям ребенка и педагогам в создании условий, необходимых ребенку с аутизмом для полноценного, здорового образа жизни и успешного овладения образовательными программами с учетом его психических возможностей.
2. Оказание необходимой психологической помощи родителям ребенка, его родственникам, друзьям с целью гармонизации межличностных отношений с ребенком, оптимизации воспитательного процесса.
3. Просвещение и консультирование педагогов и других специалистов, работающих с ребенком.

Заключительный этап включает в себя совместное обсуждение со специалистами эффективности проведенной работы с рекомендациями по дальнейшей деятельности ребенка (профессиональное обучение, продолжение обучения в школе с профессиональной ориентацией, пребывание в коррекционных группах и пр.).

Для регламентации деятельности специалистов в процессе психологического сопровождения следует вести соответствующую документацию. Некоторые авторы рекомендуют заключение договора между специалистами, что, на наш взгляд, является позитивным элементом совместной работы. Как показывает наша практика, целесообразно ведение дневника, напоминающего историю болезни, в котором каждый специалист отражает динамику психического состояния, развития познавательных процессов и личности маленького пациента. Психолог в этом дневнике представляет развернутое психологическое заключение о ребенке, план психокоррекционной работы.

Дневник наблюдений должен храниться у психолога и обязательно предоставляться другим специалистам для того, чтобы они могли зафиксировать свои наблюдения **о** динамике развития ребенка.

Психологическое сопровождение не ограничивается только отслеживанием ребенка в различные периоды времени. Важным его структурным компонентом и главной задачей сопровождения является **создание социально-психологических условий** для эффективного психического развития ребенка с аутизмом в социуме. Для реализации данной задачи психолог должен иметь наиболее тесный контакт не только с его семьей, но и с педагогами учреждения, где он обучается и воспитывается.

Обучение в школе чрезвычайно важно для аутичного ребенка и его семьи. Как правило, в школу поступают дети с менее выраженной степенью аффективной патологии (третья и четвертая группы). Школа (массовая или коррек-ционная) дает аутичному ребенку не только знания и навыки, но, прежде всего, шанс научиться общаться с людьми.

Традиционно медико-психолого-педагогические комиссии рекомендуют надомное обучение аутичным детям даже с нерезко выраженной степенью аффективной патологии, мотивируя это тем, что такой ребенок не сможет усидеть на уроке, будет отвлекать внимание других детей, дезорганизовывать работу класса. Такая позиция специалистов не только не конструктивна, но и антигуманна.

Опыт нашей многолетней работы показывает, что обучение аутичных детей в школе вполне возможно. При благожелательной обстановке и нормальном психологическом климате в школе ребенок с аутизмом может успешно обучаться. Особенно важны для него доброжелательность и симпатия со стороны учителя и одноклассников.

Вместе с тем обучение детей с аутизмом в школе, безусловно, имеет ряд особенностей. Как правило, во время урока они с трудом включаются в работу, часто проявляют медлительность, заторможенность, затрудняются в переключении с одного задания на другое. Это предъявляет повышенные требования к работе педагога. Так, если учитель замечает, что ребенок не реагирует на обращения учителя к классу, ему необходимо дополнительно обратиться к ребенку незаметно для других. Например, прошептать ему, использовать взгляд, улыбку, прикосновение. Ребенок с аутизмом может с запозданием отвечать на вопросы учителя. Поэтому не рекомендуется спрашивать ребенка в классе, оценивать его ответы, особенно на начальных этапах обучения. Следует обратить внимание учителя на то, что дети с аутизмом отличаются повышенной ранимостью и впечатлительностью, поэтому любые запреты и замечания могут вызвать у них негативные переживания.

Полноценное психологическое сопровождение ребенка с аутизмом не может осуществляться без тесного взаимодействия с его близким семейным окружением. Перед психологом стоит задача помочь родителям наладить контакт с учителем ребенка. Учитель обязательно должен знать, как ребенок ведет себя дома, какие у него интересы, потребности, особенности поведения, каково отношение родителей к ребенку.

Общеизвестно, что сложившиеся позитивные отношения с учителем, особенно на начальных этапах обучения ребенка в школе, являются мощным стимулом не только в усвоении знаний, но и в его эмоциональном и социальном развитии. Четко разработанная организация жизни в школе (расписание уроков, перемены и пр.) вполне соответствует особенностям поведения аутично-го ребенка, склонного к ритуалам и стереотипиям. Изменение расписания уроков, внезапное нарушение порядка у ребенка с аутизмом может вызвать дискомфорт, эмоциональное напряжение. Кроме посещения класса, ребенку с аутизмом необходима дополнительная индивидуальная помощь школьного психолога, логопеда и внеклассного педагога. Школьный психолог анализирует проблемы межличностного общения ребенка и особенности отношения к нему сверстников, по возможности проводит специальные групповые или индивидуальные занятия, в процессе которых корригируется самооценка аутичного ребенка, формируются новые формы общения ребенка с классом, с учителем, снижается аффективная напряженность в процессе общения.

Определяющей задачей психологического сопровождения детей с аутизмом на начальных этапах обучения является формирование у ребенка *стереотипа школьного поведения.* Для успешного решения этой задачи необходим тесный контакт психолога с учителем и родителями ребенка.

Формирование у ребенка социально-адекватного поведения требует дифференцированного подхода к проблемам эмоционального и личностного развития ребенка. Крайне негативное влияние на адаптацию ребенка с аутизмом к школе оказывают имеющиеся у него страхи, что требует специальной психологической коррекции. Психолог в первую очередь должен рассказать учителю о повышенной ранимости, чувствительности детей с аутизмом. В силу своей гиперчувствительности дети могут чувствовать настроение другого человека.

Пример

Учительница Алеши рассказывала, что во время урока у нее сильно болела голова. На перемене он подошел к ней, посмотрел ей в глаза и стал гладить руками по голове.

Ребенок с аутизмом может бояться выходить на перемену, где он пугается шума, криков, беготни детей. Учитель может оставлять ребенка на время перемены в классе или отводить его в кабинет к психологу, кроме того, можно приглашать родителей, для того

чтобы в этот период времени с ним общались они.

Нередко учителя жалуются на то, что ребенок их не видит и не слышит, что он равнодушен к мнениям и оценкам окружающих. Действительно, из-за ограниченного эмоционального контакта аутичный ребенок испытывает существенные затруднения в оценке поведения других людей. Чтобы научить ребенка с аутизмом правильно оценивать поведение и намерения других людей, необходима специальная коррекционная работа в форме направленных бесед, игровой терапии, групповых занятий.

Особые трудности испытывают аутичные дети во взаимодействии с одноклассниками. В силу наблюдаемой у аутичных детей повышенной истощае-мости, быстрой пресыщаемости и гиперчувствительности общение со здоровыми детьми может быстро утомлять, а иногда и раздражать ребенка. С другой стороны, аутичный ребенок своим необычным поведением может вызывать удивление, насмешки у одноклассников.

Пример

Катя М., 8 лет 4 месяца, диагноз: ранний детский аутизм. Девочка от первой нормально протекавшей беременности. Роды в срок, крик сразу. Психомоторное развитие на первом году жизни без существенных отклонений. Мать обращала внимание на то, что девочка была беспокойной, часто плакала, особенно при разлуке с матерью. Речевое развитие протекало ускоренно. К двум годам наблюдалась фразовая речь, девочка повторяла наизусть знакомые сказки, стихи. Мать замечала, что она мало интересуется игрушками, любит играть с бытовыми предметами (кастрюлями, посудой), отвергает новые игрушки, одежду, обувь. При появлении незнакомых людей наблюдались тревожность и страх. На детской площадке в песочнице играла одна, не замечала детей, к ним не обращалась, постоянно требовала присутствия матери. Сон недостаточно устойчивый и непродолжительный, с полутора лет не спала днем. Была консультирована у невропатолога, врач порекомендовал устроить девочку в ясли. В два года поступила в ясли, после однодневного пребывания в яслях у девочки поднялась высокая температура, наблюдалась рвота, в результате чего она была госпитализирована в инфекционную больницу. Мать навещала девочку, в постоянном пребывании с ребенком в больнице ей было отказано. Через десять дней была выписана с неуточненным диагнозом. Мать обратила внимание на особенности поведения девочки: вялость, капризность, сниженная речевая активность. Появилась избирательность в еде. Во время прогулок девочка требовала отвести в метро, где она любила смотреть на поезда. Стала пугливой, постоянно требовала присутствия матери, в незнакомых ситуациях тревога возрастала. Отказывалась ночевать у бабушки, при посещении дачи требовала увезти ее домой. Когда девочке было три года, мать обратилась к детскому психиатру по месту жительства. Было рекомендовано медикаментозное лечение и консультация психолога. Был поставлен диагноз: ранний детский аутизм.

В кабинет психолога девочка вошла в сопровождении мамы и бабушки. На первых этапах обследования проявляла настороженность и негативизм, но затем контакт улучшился, стала включаться в игру с котом Мурзи-ком. Правильно соотносила геометрические формы на досках Монтессори,

самостоятельно собирала и разбирала четырехместную матрешку, показывала изображения на предметных картинках, выбирала сюжетные картинки по инструкции, в свободной игре строила постройки с учетом устойчивости и формы деталей. Адекватно реагировала на похвалу. Однако в процессе обследования постоянно ориентировалась на мать и при попытке матери выйти из кабинета бежала за ней. При рассказах матери о дочери внимательно слушала, повторяла отдельные слова. Задания выполняла медленно, в конце обследования темп выполнения заданий повысился. Психолог рекомендовала занятия с девочкой в коррекционной группе. Наблюдалась позитивная динамика в психическом развитии девочки. Она стала более активной, уменьшились страхи, однако в незнакомой обстановке девочка проявляла страх и растерянность. С 5лет девочка посещала частный мало укомплектованный детский сад, занималась с

педагогом по подготовке к школе. Было рекомендовано обучение в массовой школе. В школу девочка пошла охотно. Психолог рассказала учительнице об особенностях психического развития девочки, обратила внимание на имеющиеся у девочки страхи, робость, негативизм, особенно в незнакомой ситуации. Учительница внимательно отнеслась к проблемам девочки, посадила ее на первую парту, старалась реже спрашивать в классе, хвалила в присутствии других детей. Первый класс девочка закончила с хорошими оценками. Во втором классе в связи с переменой места жительства девочка перешла в другую школу. Мать рассказала новому педагогу о проблемах дочери, однако педагог не обратила внимания на рассказы матери, предъявляла к девочке общие требования, спрашивала ее в присутствии всего класса, ругала девочку за робость, скрытность. Одноклассники стали дразнить Катю, и она категорически отказывалась посещать школу. Учительница направила девочку к школьному врачу, который посоветовал матери обратиться к детскому психиатру. Психолог, наблюдавшая девочку 5лет, обратилась к школьному психологу, рассказала об особенностях ее психического развития, пригласила школьного психолога в центр, где проводились коррекционные занятия с детьми с аутизмом. Был разработан план работы с девочкой, направленный на повышение ее статуса в классе, коррекцию самооценки, формирование коммуникативных навыков. Особое внимание уделялось работе с учителем. Психолог организовала цикл лекций для педагогов о психологической помощи детям с проблемами в развитии. На новогодней елке девочке была поручена роль Снегурочки, с которой она успешно справилась. Учительница перед всем классом поблагодарила Катю за участие в празднике, подарила ей и другим детям открытки. Постепенно контакт с учителем наладился, дети перестали дразнить девочку, и она стала охотнее посещать школу.

Работа психолога с аутичным ребенком на начальных этапах его обучения в школе должна проходить индивидуально. В процессе индивидуальных бесед психолог должен рассказать ребенку о его одноклассниках, в корректной и доступной ребенку форме описать достоинства и недостатку каждого из них, выяснить, кому из одноклассников ребенок отдает предпочтение. На следующем этапе занятий необходимо объяснить аутичному ребенку реакции и поступки одноклассников, в процессе игровой психокоррекции проигрывать неизбежные обиды и конфликты. В дальнейшем на занятия с психологом можно пригласить самих одноклассников и в процессе группового взаимодействия проигрывать различные ситуации. Однако следует помнить, что на начальных этапах обучения (в младших классах) отношение к аутичному ребенку определяется, прежде всего, позицией учителя, его позитивным настроем, правильным пониманием проблем ребенка.

Особые трудности в общении с одноклассниками могут испытывать аутич-ные дети в средней и старшей школе. В более старшем возрасте отношение к аутичному ребенку определяется общим настроем одноклассников. С возрастом многие здоровые дети прекращают общение с аутичным ребенком или скрывают его, так как, по их мнению, это общение снижает их статус в компании сверстников.

Пример

Сергей, страдающий аутизмом, дружил с одноклассником еще с первого класса. У них были общие интересы. В шестом классе друг Андрей стал избегать его, молчал, когда другие дети посмеивались над ним, толкали его на перемене. Сергей стал отказываться ходить в школу, переживал, ухудшился сон, снизилась работоспособность. Психолог пригласила на консультацию Сергея вместе с его другом. В доверительной беседе Андрей признался, что стесняется Сергея, что ребята смеются над его дружбой с "Инопланетянином" (такая кличка была у Сергея в классе). Психолог обратила внимание, что, несмотря на отказ Андрея общаться с Сергеем, у них много общих интересов и, кроме того, между ними сложились доверительные и эмоционально близкие отношения.

В доступной для подростка форме психолог объяснила Сергею, что Андрей имеет

некоторые проблемы в общении с одноклассниками, что он отличается зависимостью, внушаемостью и недостаточной физической силой. Андрей был приглашен на групповые психокоррекционные занятия, направленные на коррекцию самовосприятия и самооценки подростков. В процессе индивидуальных бесед с Андреем психолог обратила внимание на неконструктивную, предательскую позицию Андрея по отношению к другу. Специальная работа психолога помогла подросткам осознать и оценить сложившуюся проблему и найти конструктивные способы ее разрешения. В настоящее время Андрей с удовольствием общается с Сергеем вне школы, они вместе играют в компьютерные игры, разрабатывают компьютерные программы, коллекционируют марки.

Психолог должен правильно ориентироваться в морально-психологической обстановке в классе, где обучается ребенок с аутизмом, адекватно оценивать эмоциональный настрой ребенка в процессе общения с одноклассниками, ориентироваться в особенностях отношения одноклассников к ребенку. В процессе общения психолога с одноклассниками аутичного ребенка он ни в коем случае не должен обращать внимание одноклассников на особенности поведения ребенка с аутизмом, объяснять эти особенности его болезнью. Не следует пытаться вызывать у одноклассников жалость и сострадание к проблемам ребенка. Психолог должен рассказать одноклассникам о позитивных, неповторимых особенностях личности каждого из них.

В процессе наблюдений и групповых занятий школьный Психолог может подобрать для аутичного ребенка приятеля, порекомендовать педагогу посадить их за одну парту. Важно своевременно проанализировать, кто в классе является деструктивным лидером, подстрекает одноклассников обзывать аутичного ребенка и смеяться над ним и провести с ним соответствующую работу.

Следует подчеркнуть, что работа психолога с близким социальным окружением аутичного ребенка должна проводиться постоянно, и, возможно, даже с большей интенсивностью, чем с самим аутичным ребенком.

Пример

Алеша К., диагноз: ранний детский аутизм (четвертая группа). Психомоторное развитие без особенностей, речевое развитие ускоренное. Еще в пред-дошкольном возрасте родители обратили внимание на робость, застенчивость, повышенную тревожность и страхи у ребенка, особенно в процессе общения с незнакомыми людьми. Детский сад не посещая, занимался с педагогами на дому. Успешно овладел английским языком, самостоятельно читает с пяти лет. В школу пошел в срок. Родители предупредили педагога, что мальчик застенчивый, очень тревожный и всего боится. Педагог внимательно отнеслась к высказываниям родителей, посадила мальчика на первую парту, пыталась реже обращаться к нему в классе. На перемене мальчик из класса толкнул Алешу, он упал, испугался и долго не мог подняться. Дети засмеялись и после этого на переменах приставали к Алеше и толкали его. Алеша молча воспринимал обиды, не реагировал на «шалости» одноклассников, дома никому не рассказывал о случившемся, часто просыпался ночью, кричал, усилились тревожность и страхи. Вскоре мальчик стал отказываться ходить в школу. Родители обратились к психиатру, у которого наблюдался мальчик. После консультации у психиатра мальчик был направлен на консультацию к психологу. В процессе беседы мальчик проявлял выраженное напряжение, замыкался, медленно отвечал на вопросы, внимательно прислушивался к жалобам родителей. В процессе дальнейших занятий мальчик рассказал, что в школе ему не нравится, что на перемене шумно, все толкаются, смеются. В игровой форме психологу удалось воспроизвести конкретную ситуацию на перемене, выяснить, кто из одноклассников больше всех обижает Алешу. Психолог обратилась к школьному психологу, был разработан план работы с одноклассниками. Учителю было рекомендовано оставлять мальчика в классе на время перемен, давать ему посильные занятия по уборке класса, проветривания и пр. Учитель перед всем классом хвалила Алешу за его успеваемость и трудолюбие. Школьный психолог занималась в

коррекционной группе с Алешей и его обидчиком. В результате направленной

психологической коррекции Алеша подружился со своим обидчиком, пригласил его в гости, научил работать на компьютере. По рекомендации психолога родители пригласили одноклассников на день рождения Алеши, стали устраивать культпоходы и экскурсии. В настоящее время Алеша с удовольствием посещает школу и, несмотря на формально-избирательное общение с одноклассниками, пользуется авторитетом в классе, а его обидчик стал его настоящим защитником и другом.

Формирование стереотипов взаимодействия аутичного ребенка с одно классниками должно осуществляться не только в процессе специальных пси хокоррекционных занятий. Особое внимание учитель и другие специалиста должны уделять внеклассному общению аутичного ребенка, осуществляемо му в период совместных досугов, праздников, экскурсий и пр. Учитель в тес ном контакте с психологом предварительно продумывает возможные формы свободного общения аутичного ребенка во внеучебное время, доступные и полезные для него роли и функции на праздничных и других мероприятиях.

Трудности адаптации аутичного ребенка к школе обусловлены не только особенностями его поведения, но и существенными когнитивными, речевы ми, физическими проблемами, которые наблюдаются у ребенка. В соответ ствии с этим перед психологом встает еще одна задача: оказание помощи ре бенку в овладении учебным материалом.

Дети с аутизмом при усвоении школьной программы испытывают суще ственные трудности переноса усвоенных школьных навыков в другую, незна комую им, ситуацию. Так, приход другого учителя в класс, переход в другую классную комнату и пр. может вызвать у ребенка с аутизмом эмоциональную напряженность, тревожность, аффективную неустойчивость. Учитель должен знать о таких особенностях аутичных детей, стараться не тревожить ребенка и давать ему возможность адаптироваться к новой обстановке.

В процессе обучения аутичных детей в условиях массовой школы психоло и педагог должны ориентироваться на позитивные стороны личности ребенка. Это направленность на учебу, старательность, ответственность, высокий уровень развития памяти, наличие избирательных интересов. Многие дети проявляют высокие способности к языкам, точным наукам и пр. Учитель дол жен учитывать эти особенности ребенка и использовать их в процессе обще ния с ним.

Пример

Любимым занятием Андрея было коллекционирование бабочек. Мальчик знал названия бабочек, писал их в специальной тетрадке, которую постоянно носил с собой. По рекомендации психолога учитель в процессе индивидуальной беседы с ребенком показала мальчику старинную книгу с изображением бабочек. Книга вызвала огромный интерес у мальчика, он охотно рассказывал учителю об изображенных в книге бабочках. После этой беседы контакт мальчика и учителя значительно улучшился, Андрей подходил к учителю после уроков, показывал ей свои записи, рассказывал о бабочках. Учитель с интересом слушала мальчика и подключала детей из класса, чтобы и они могли послушать его рассказы. Дети отнеслись к ним с интересом, задавали Андрею вопросы. Все это позитивно отразилось на общении Андрея с одноклассниками.

У детей с аутизмом в сочетании с органическим поражением ЦНС негативное влияние на формирование учебных навыков оказывают речевые проблемы, неустойчивость внимания, недоразвитие зрительно-пространственных функций и моторики.

Как уже подчеркивалось, несмотря на значительный запас слов, у детей с аутизмом наблюдаются трудности в организации развернутого высказывания и диалога. Данная особенность проявляется в односложной речи, в наличии стереотипов. Без специальной коррекционной работы эти трудности не преодолеваются. Психолог обязательно должен рассказать об этих проблемах ребенка учителю, предложить ему не требовать от ребенка развернутых ответов на вопросы в классе.

Нередко дети с аутизмом проявляют повышенный вербализм: они много говорят, но не всегда слушают, что им сообщают другие. Эти особенности обусловлены эмоционально-волевыми проблемами ребенка и также требуют специальной коррекции.

Трудности организации внимания у детей с аутизмом могут быть обусловлены не только недоразвитием регуляторных процессов, но и гиперчувствительностью. Поэтому перед учителем стоит задача правильной организации наглядного материала, предоставления дозированных нагрузок и осуществления дополнительного контроля. Ее успешная реализация способствует удержанию и переключению внимания ребенка, повышению его интеллектуальной продуктивности.

В процессе обучения детей с аутизмом, особенно в начальной школе, необходимо учитывать особенности развития двигательных функций ребенка. Дети с аутизмом могут неправильно держать ручку, сжимать ее слишком вяло или слишком напряженно, с трудом ориентироваться на листе тетради. Они часто затрудняются воспроизвести элемент буквы по показу, соединить буквы вместе. В связи с этими особенностями велика вероятность формирования негативизма в отношении обучения письму, рисованию, отказа ребенка брать в руки карандаш. Учитель может поддержать руку ребенка в процессе письма, чтобы закрепить нужные стереотипы движений и отработать их последовательность. Однако следует помнить, что при таком способе обучения письму у ребенка может сформироваться зависимость от Помощи взрослого. Перед учителем стоит задача не подавить собственную активность ребенка. Опыт нашей работы показывает, что, если ребенок испытывает существенные трудности при письме, дополнительно можно обучить его печатать на пишущей машинке или компьютере. Однако начинать это делать необходимо только после того, как он овладеет элементарными навыками письма.

Некоторые трудности дети с аутизмом испытывают в процессе осмысления информации, получаемой на уроке. Фрагментарность восприятия, недоразвитие вербального мышления, склонность к символизму в процессе усвоения учебного материала затрудняет переработку информации, получаемой ребенком с аутизмом на уроке. Психолог должен обратить внимание учителя на то, что знания и навыки должны преподноситься ребенку с аутизмом в правильно организованном виде. Он предполагает, прежде всего, адекватно подобранный учителем наглядный материал, емкую и полную, но не перегруженную подробностями словесную формулировку материала. Рекомендуется обучить ребенка воспринимать учебную информацию в целом, а затем прорабатывать и детализировать ее составляющие.

Таким образом, психологическое сопровождение аутичного ребенка в массовой школе должно осуществляться не только в форме отслеживания, но и посредством реализации специальных психокоррекционных процедур. Важной задачей психологического сопровождения аутичного ребенка в школе является организация социальной среды, окружающей его. Ее успешное решение возможно лишь в том случае, когда психологическое сопровождение включает в себя следующие компоненты:

1) систематический контакт психолога с учителями и другими специалистами, занимающимися с ребенком;

2) систематическую работу с семьей ребенка и координацию ее взаимодействия со специалистами;

3) систематическую работу с одноклассниками ребенка, направленную на адаптацию их к проблемам и особенностям аутичного ребенка, формирование толерантности к своему социальному окружению.

Глава 10
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ

Важным звеном в системе психологической помощи детям и подросткам с ранним детским аутизмом является психологическая поддержка, которая осуществляется в двух

основных направлениях:

• психологическая поддержка родителей и других родственников детей с нарушениями в развитии;

• психологическая поддержка самих детей и подростков.

Мы рассматриваем психологическую поддержку родителей как систему мер, принимаемых в следующих целях:

1) снижение эмоционального дискомфорта в связи с заболеванием ребенка;
2) поддержание уверенности родителей в возможностях ребенка;
3) формирование у родителей адекватного отношения к болезни ребенка;
4) сохранение адекватных родительско-детских отношений и стилей семейного воспитания.

Семья — это первый источник социализации ребенка, наиболее сильный психический фактор, воздействующий на ребенка и фактически определяющий его дальнейшую жизнь. Как справедливо отмечают многие клиницисты и психологи, рождение больного ребенка является своеобразным испытанием для семьи, а процесс воспитания и уход за ребенком-инвалидом погружает родителей в пролонгированный стресс. Не только тяжесть дефекта у ребенка, но и определенные стереотипы, имеющие место в нашем обществе относительно лиц с ограниченными психическими и физическими возможностями, выступают в качестве причин стрессовых состояний родителей.

В течение многих десятилетий проблема детской инвалидности решалась в нашей стране упрощенно, по сути ограничиваясь строительством специализированных интернатов для детей с нарушениями в развитии, в которых за высокими заборами осуществлялось воспитание и обучение малышей, отличавшихся от своих здоровых сверстников. Средства массовой информации игнорировали проблемы особого ребенка, в редких рассказах о проблемах воспитанников психоневрологических учреждений иногда можно было услышать такие слова, как «дебил», «идиот». Долгие годы в истории нашей медицины любой врач, фельдшер или даже медсестра и нянечка с легкостью могли сказать матери в родильном отделении: «Откажитесь, ваш ребенок обречен».

К сожалению, и сегодня дети с нарушениями в развитии нередко воспринимаются как социально опасные для здоровых детей: окружающие зачастую воспринимают такого ребенка как источник катастрофы, наказания для семьи. Кроме отгороженности от ребенка-инвалида, у отдельных лиц может проявляться неприязнь, презрение ко всей семье в целом. Например, мы опросили 100 родителей детей начальной школы, задав им вопрос: «Как бы вы отнеслись к тому, что в классе, где учится ваш ребенок, занимался бы ребенок с нарушениями в психическом развитии?» 62% родителей учеников массовой школы оказались категорически против пребывания в классе ребенка с нарушениями в психическом развитии, 24% ответили, что им все равно, и только 14% положительно реагировали бы в подобном случае. Подавляющее большинство родителей мотивировало свой протест тем, что «психически больной ребенок будет мешать детям заниматься», «может нанести физический вред ребенку», «ребенок может подражать ему и сам станет таким» и пр. Такие установки окружающих крайне негативно отражаются на эмоциональном состоянии семьи ребенка с нарушениями в развитии. В другом нашем исследовании было установлено, что 64% родителей детей с церебральным параличом первые два года активно скрывали от друзей и знакомых болезнь ребенка, из них 28% — от своих родственников [Мамайчук, 2000].

Как правило, ранний детский аутизм диагностируется у ребенка далеко не сразу после рождения, а в возрасте полутора-четырех лет. В первые два-три года жизни ребенка не только родители, особенно если они впервые воспитывают ребенка, но и врачи, наблюдающие малыша, не всегда замечают его проблемы. Родители детей с аутизмом часто обращаются к специалистам, когда ребенку уже более трех лет, выдвигая на первый план жалобы на задержку в речевом развитии. И когда специалисты спешат сообщить им

о необучаемости ребенка, его неперспективности, делают прогнозы о его дальнейшей ин-валидизации, родители переживают глубочайший стресс. Состояние стресса усугубляется еще и тем, что в нашей стране, к сожалению, практически отсутствуют специализированные учреждения для детей с аутизмом. Таких детей, как Правило, не принимают и в группы «Особый ребенок». Единственное, что может порекомендовать психиатр, — это обследование и лечение ребенка в психиатрической больнице. Категоричные оценочные суждения специалистов о ребенке усугубляют негативный эмоциональный фон в семье и нередко оказывают деструктивное влияние на семейные отношения.

Пример

Одна из мам, посещавшая занятия коррекционной группы для родителей детей с аутизмом, в процессе групповых дискуссий рассказывала: «Мне врач-психиатр сказала (сыну было 5 лет), что он никогда не будет таким, как все дети, он никогда не будет учиться в школе, а в подростковом возрасте

будет агрессивным. Вы, говорит, никогда не будете чувствовать себя счастливой матерью, а ваш муж уйдет от вас к другой женщине. Мне показалось, что меня опустили в глубокую яму, что жизнь моя прошла. После такой консультации мне вдруг захотелось уйти из этой жизни, но вместе с ребенком... Мне ничего не хотелось делать, не хотелось никого видеть, даже мужа... Лотом почему-то я решила, что муж виноват во всем».

Какую цель преследовала врач-психиатр, утверждая неперспективность ребенка и трагичность ситуации, остается только гадать. Родители приходят к специалисту не за диагнозом, а за помощью, и поэтому *особую важность приобретает не констатация проблем ребенка, которые родители видят и понимают иногда лучше психиатра и психолога, а активное участие специалистов в реабилитации ребенка и поддержке его семьи.* Некорректные оценочные суждения специалистов могут крайне негативно отразиться и на супружеских взаимоотношениях, взаимоотношениях с прародителями ребенка. Многие исследователи отмечают большой процент разводов в семьях с ребенком с нарушениями в развитии. Постоянное беспокойство со стороны матери за здоровье и судьбу особого ребенка, полное переключение матери только на проблемы ребенка, сниженный фон настроения негативно отражаются на эмоциональном состоянии отца, которое проявляется в высокой тревожности и фрустрированности.

В исследованиях психологов и психотерапевтов было показано, что отношение родителей к ребенку является фундаментальной основой его психического развития. Еще давно было замечено, что существуют различия между материнским и отцовским отношением к ребенку [Эриксон, 1996; Фромм, 1998; Адлер, 1998; и др.].

Так, Э. Фромм противопоставил материнскую и отцовскую любовь, определяя материнскую любовь как безусловную, не связанную с достоинствами и достижениями ребенка. Любовь матери, по Фромму, слепа и не знает справедливости. Мать изначально признает самоценность ребенка и строит отношения по типу альтруистической любви, готовности к самопожертвованию, самоотдаче. Отец, напротив, любит за то, что ребенок оправдывает его ожидания. Отцовская любовь управляема, ее можно заслужить, но ее можно и лишиться. При этом Э. Фромм отмечает, что «речь здесь идет не о конкретном родителе, а о материнском и отцовском началах, которые в определенной степени представлены в личности матери и отца» [Фромм, 1998, с, 207].

В то время как матери в своих высказываниях о ребенке с аутизмом чаще отражают его эмоциональные характеристики: «безобидный», «красивый», «добрый», «родной», «милый», — в описаниях отцов доминируют поведенческие характеристики ребенка: «неопрятен», «громко кричит», «часто бегает из стороны в сторону», «ничего не делает» и пр. В высказываниях матерей четко прослеживается безусловное эмоциональное принятие ребенка (термин А. Адлера). А. Адлер подчеркивал, что, помимо безусловного эмоционального принятия ребенка, мать своим образцом нежности и заботы о детях,

муже, людях поощряет его к формированию товарищеских, дружеских интересов за пределами семьи. При этом важно, чтобы она не замыкалась только на ребенке, а реализовывала доброжелательные отношения к другим членам семьи и к более широкому социальному окружению [Адлер, 1998].

У большинства матерей наблюдается выраженное эмоциональное замыкание на проблемах аутичного ребенка, следствием которого нередко становится уход в себя. У таких мам наблюдается внешнее равнодушие к ребенку, они не прислушиваются к специалистам, а иногда и проявляют к ним недоверчивость, ограждают ребенка от любых контактов со специалистами и с другими детьми, сами перестают общаться с родственниками и друзьями. Эти мамы преданы своему ребенку, пытаются удовлетворить все его потребности, не делают ему замечаний, спокойно созерцают разрушительные действия, аффективные вспышки ребенка, не формируют у него даже навыков опрятности. Например, разрешают ребенку ходить в туалет в любом месте квартиры или комнаты. Подобное состояние матери может быть обусловлено не только ее переживаниями в связи с психическим состоянием дочери или сына, но и потерей любимой работы, конфликтами с супругом и его родственниками, недостатком общения с друзьями. Как показывает опыт нашей работы, такие матери нуждаются в длительной психологической помощи.

Переживание семейного стресса, вызванного проблемами в воспитании аутичного ребенка, меняет свой характер с течением времени. Условно можно выделить несколько этапов: острый, или аффективный, гностический и поведенческий, предполагающий разработку и реализацию собственных стратегий отношения и воспитания ребенка. Длительность каждого этапа зависит от тяжести аффективной патологии у ребенка, от особенностей защитных механизмов личности родителей и специфики межличностных отношений в семье.

Аффективный период, как правило, начинается после консультации у врача-психиатра, рекомендующего оформить ребенку инвалидность. На этом этапе родители и Другие родственники часто испытывают чувства безысходности, катастрофы, отчаяния. В их оценке ситуации преобладает аффективный компонент.

Смягчение эмоционального напряжения у родителей вполне возможно. В значительной степени оно определяется действиями всех специалистов, принимающих участие в обследовании ребенка. Если диагноз установлен, врачу необходимо подробно и доходчиво объяснить родителям клиническую картину болезни у ребенка. При этом не следует скрывать, что речь идет о тяжелом расстройстве. Родители должны уяснить для себя, что необходимо целенаправленное воздействие на ребенка различного рода профессионалов: медиков, педагогов, психологов и других. Они должны уяснить для себя, что диагноз — это не приговор ребенку, более того, оформление инвалидности зависит от желания самих родителей. В процессе беседы с родителями специалисты (психиатр, психолог, педагог) должны не столько акцентировать внимание родителей на перспективах дальнейшего развития ребенка, сколько совместно с родителями обсуждать планы помощи ребенку в настоящий момент и в ближайшем будущем. Здесь речь может идти о включении ребенка в коррекционную группу, посещении ребенком группы «Особый ребенок» в детском саду, индивидуальных занятиях с логопедом, психологом, посещении дневного стационара и пр. При прохождении этого периода прежде всего необходима согласованность в действиях родителей и других членов семьи, их адекватность актуальному развитию ребенка.

На этом этапе у родителей могут проявляться различные способы выхода из стрессовой ситуации. Они в значительной степени зависят не только от остроты и аффективной значимости ситуации, но и от особенностей личности родителей. Бессознательное стремление избавиться от неприятных эмоциональных состояний, связанных с инвалидностью ребенка, активизирует действие защитных механизмов.

Психологическая защита представляет собой форму психологической активности,

которая реализуется в виде отдельных приемов переработки информации с целью сохранения психологического здоровья и целостности личности. Для разрешения внешнего или внутреннего конфликта, ослабления тревоги человек, как правило, применяет не одну защитную стратегию, а сразу несколько. В психологии известно более 20 видов защитных механизмов, таких как регрессия, отрицание, рационализация, проекция, идентификация, изоляция, сублимация, подавление и др. Несмотря на различия между ними, их функции сходны: все они направлены на обеспечение устойчивости и неизменности представлений личности о себе. Традиционно в психологии выделяются три группы защитных психологических механизмов:

- компенсаторные: гиперкомпенсация, замещение и др.;
- деструктивные, оказывающие деструктивное влияние на личность и способствующие ее дезадаптации: вытеснение (подавление аффективных переживаний может привести к тяжелому психосоматическому расстройству), реактивные образования и др.;
- пассивные: рационализация, изоляция, проекция и др.

В экспериментально-психологических исследованиях особенностей защитных механизмов было выявлено, что у родителей здоровых детей наблюдались как компенсаторные, так и пассивные защитные механизмы, а у родителей детей-инвалидов преобладали деструктивные виды защитных механизмов (реактивные образования, проекция и пр.) [Хитева, 2005]. У родителей, имеющих детей с аутизмом, также доминируют такие пассивные защитные механизмы.

У многих родителей детей с аутизмом, особенно у отцов, наблюдается такой защитный механизм, как *отрицание.* Они нередко отрицают наличие существенных проблем у ребенка или стараются снизить серьезность возникающей для ребенка угрозы. Одна из наиболее распространенных форм поведения родителей — неприятие, отрицание диагноза. Между тем такой способ психологической защиты может играть определенную позитивную роль: родители продолжают бороться за ребенка, ищут альтернативные способы его лечения, обучения, воспитания, радуются любому, даже незначительному, улучшению в психическом развитии ребенка.

Проекция — еще один пассивный защитный механизм, при котором человек приписывает другим людям свои собственные неприемлемые для сознания инстинкты и желания. Проекция состоит в переносе личностью собственных, чаще негативных, характеристик на других людей. При таком способе психологической защиты родители ищут виновных в болезни ребенка, упрекают врачей, других специалистов. Нередко родители проецируют свои негативные установки на членов семьи, например на мужа, свекровь и др. Такое поведение родителей помогает им самоутвердиться, однако этот способ психологической защиты является неконструктивным: нередко он приводит к конфликтам с окружающими и эмоциональному отчуждению от больного ребенка.

Реактивные образования, или «формирование реакций», как защитный механизм проявляется в том, что иногда человек может скрывать от самого себя мотив собственного поведения за счет его подавления и сознательно поддерживать мотив противоположного типа. Например, бессознательная неприязнь к больному ребенку может выражаться в особом внимании к нему и его потребностям. Такие родители могут активно заниматься общественной работой, добиваться гуманитарной помощи, выступать на собраниях о защите прав ребенка, но они крайне мало времени уделяют своему больному сыну или дочери, бросают его на воспитание бабушек, нянь или определяют в специализированное учреждение.

Нередко, особенно у отцов детей с аутизмом, четко прослеживается такой защитный механизм, как *рационализация.* Это способ разумного оправдания любого поступка. Например, оправдание неспособности что-либо сделать для больного ребенка, объяснение самому себе и близким нежелательных для семьи действий («мне тяжело дома», «надо работать», «буду жить у своей мамы, так будет лучше и для меня, и для больного

ребенка»).

Таким образом, с помощью механизмов психологической защиты поведение родителей в стрессовых ситуациях в связи с болезнью ребенка регулируется по-разному.

С увеличением тяжести заболевания ребенка интенсивность потребности в улучшении психического здоровья ребенка у родителей возрастает, а условия ее удовлетворения или отсутствуют, или не могут быть приняты ими. В связи с этим одни родители отрицают свои внутренние проблемы, связанные с болезнью ребенка, другие стараются исказить существующую реальность, используя проекцию, реактивные образования, фантазирование и пр.

Особенности защитных механизмов проявляются в спонтанных высказываниях родителей. Например, в беседе с психологом мать утверждает, что нужно «максимально помочь ребенку, заниматься с ним», в то время как отец фокусируется на другом: «Мой ребенок — инвалид, какой ужас, позор... Что с ним будет дальше, после того как нас не станет? Что я скажу своим родителям?» Если у матери прослеживается четкая конструктивная позиция, то у отца — деструктивная, характеризующаяся излишней эмоциональной фиксацией на проблеме.

Безусловно, анализ особенностей психологических защит каждого из родственников, выделение конструктивного лидера семьи и привлечение его к работе с ребенком является одной из главных задач психолога.

На втором этапе семейного стресса — *гностическом* — происходит вторичная оценка родителями проблемы ребенка и выработка альтернативных возможностей ее решения. Параллельно с этим осуществляется оценка собственных возможностей и возможностей поддержки окружающих (родственников, друзей, специалистов и пр.).

Именно в этот период у родителей, как правило, формируется чувство вины. Шведский психолог Г. Фюр справедливо отмечает, что новая роль родителей «особого» ребенка поколебала их чувство собственного достоинства и они ощущают себя людьми, которых наказали за какую-то совершенную или воображаемую ими ошибку. Родители считают, что навсегда потеряли чувство уверенности в будущем, на этом этапе они боятся будущего, полного тревоги и испытаний [Фюр, 2003]. По мнению В. Б. Пархомович, чувство вины выражается в поиске причин, смягчающих интенсивность переживаемой вины, и очень часто этот поиск ограничивается нахождением виновных. Родители склонны обвинять себя и других членов семьи в развитии болезни у ребенка. Нередко чувство вины может сочетаться со скрытыми агрессивными реакциями по отношению друг к другу или к самому ребенку. Автор подчеркивает, что — когда агрессия выражается по отношению к своему супругу, происходит своего рода переадресация собственного чувства вины партнеру по браку [Пархомович, 2003]. Родители ищут причину болезни ребенка, анализируют родословную, читают не только популярную, но и научную литературу по данной проблеме, некоторые из них обращаются к специалистам-генетикам. На данном этапе психолог должен очень внимательно отнестись к вопросам родителей, в доступной форме рассказать им об особенностях развития ребенка.

Глубина и специфика эмоционального стресса у матери должна быть в зоне особо пристального внимания психолога. На этом этапе он все еще ярко выражен и проявляется в раздражительности не только по отношению к супругу, но и в адрес других родственников или специалистов.

Поведенческий этап начинается тогда, когда у родителей уже сформирована четкая позиция по отношению к болезни ребенка и эта позиция проявляется на поведенческом уровне. Родители определяют для себя стратегические и тактические задачи помощи ребенку. Например, стратегической задачей многих родителей является подготовка ребенка к обучению в школе. Для реализации этой задачи некоторые родители начинают интенсивно обучать ребенка, занимаются с логопедом, педагогами. Но, к сожалению, данная стратегия часто является неправильной для детей с аутизмом. Ребенок, как правило, занимается индивидуально, и, даже если эти занятия помогают ему, обогащают

его знания и речь, все равно в процессе такой подготовки дети лишены главного — взаимодействия со сверстниками.

В соответствии с этим становится очевидно, что процесс реализации психологической поддержки родителей длителен и требует обязательного комплексного подхода, что предусматривает участие не только специалиста-психолога, но и всех других специалистов, сопровождающих ребенка: педагога-дефектолога, врача, социального работника и др. Однако главная роль в этом процессе, безусловно, принадлежит психологу. Психолог разрабатывает конкретные мероприятия, направленные на психологическую поддержку родителей в зависимости от имеющихся проблем семейного воспитания больного ребенка и внутрисемейного взаимодействия.

К числу такого рода поддерживающих мероприятий можно отнести рекомендации о вступлении родителей детей-инвалидов в клубы, ассоциации или другие родительские организации. Опыт нашей работы показывает высокую эффективность таких родительских сообществ. Общение родителей детей с аутизмом друг с другом предполагает взаимную поддержку, обмен информацией, организацию совместного досуга, оказание пассивной материальной помощи и пр. Особенно важным является создание таких ассоциаций для родителей детей с тяжелыми формами аффективной патологии.

В 1989 году на базе общества милосердия «Ленинград» нами был создан сначала клуб «Особый ребенок» для детей с тяжелыми психическими и физическими проблемами, который вскоре был переименован в родительскую ассоциацию «Особый ребенок». Целями создания клуба были знакомство родителей и детей друг с другом, совместное проведение досуга, оказание взаимной поддержки. Родители организовывали детские праздники, экскурсии, лекции, совместные прогулки. Психолог клуба участвовала в составлении планов организации досуга детей, оказывала психологическую поддержку родителям при возникновении различных жизненных ситуаций, связанных с болезнью ребенка, проводила лекционную работу в форме групповых дискуссий и тренингов. Опыт нашей работы широко распространился. В настоящее время в Санкт-Петербурге успешно функционирует городская родительская ассоциация, включающая в себя 56 родительских ассоциаций детей-инвалидов.

Эффективность поддержки определяется активным включением родителей в процесс реабилитации ребенка, особенно отцов. Как показывает наш опыт, отцы более способны конструктивно разрешать проблемы ребенка с аутизмом, чем матери, и их активное привлечение к проблемам ребенка оказывает благотворное влияние не только на процесс воспитания ребенка, но и на психологический климат в семье в целом.

Важным психотехническим приемом психологической поддержки являются родительские семинары.

Основной задачей родительских семинаров является расширение знаний родителей о психологических особенностях их ребенка, психологии воспитания и психологии семейных отношений. Кроме того, на семинарах не только повышается информированность родителей о ребенке, но и происходит изменение отношения родителей к проблемам ребенка и задачам его воспитания. На семинарах родители вовлекаются в обсуждение своих проблем, обмениваются опытом, совместно вырабатывают пути разрешения существующих конфликтов. Участие самого психолога в процессе семинара должно быть достаточно активным, так как он выступает в роли специалиста. Однако в процессе семинаров ему не следует давать оценочные суждения, интерпретации, порицания или советы. Активность психолога должна проявляться в убедительных и аргументированных изложениях некоторых психологических вопросов. Его основной задачей является организация и ведение таких семинаров.

Как специфический способ психологической поддержки родительский семинар строится на использовании нескольких специальных приемов.

Прежде всего, речь идет о *лекционных приемах,* позволяющих психологу сообщить

родителям необходимую им психологическую информацию. Перед психологом стоит задача специального подбора тем применительно к интересам и системе переживаний участников семинара. Среди актуальных тем для родителей с аутичными детьми можно выделить следующие: «Особенности психического развития детей с аутизмом», «Особенности семейного воспитания детей с аутизмом», «Психологический климат в семьях и роль каждого члена семьи в работе с ребенком», «Проблемы интеграции аутичных детей в обществе» и пр. Можно предложить также темы психолого-педагогической, юридической, медицинской направленности и в этом случае привлекать соответствующих специалистов для их освещения. Главное, чтобы темы лекций излагались просто, живо, убедительно. На родительских семинарах недопустимо оперировать научной терминологией.

Групповая дискуссия является наиболее целесообразной формой проведения родительских семинаров. Традиционно групповая дискуссия проводится в двух формах: тематическая Дискуссия, когда происходит обмен мнениями по темам лекций, и дискуссия по типу анализа конкретных ситуаций, темы которых предлагают сами родители. Цель дискуссии — совместная выработка оптимального подхода к той или иной жизненной ситуации, повышение мотивации родителей и их вовлеченности в решение обсуждаемых проблем. Также целесообразно использовать дискуссии по «трудным ситуациям, связанным с воспитанием аутич-ного ребенка». Этот прием направлен на организацию творческого подхода родителей к воспитанию больного ребенка. Психолог предлагает родителям обсудить случай, который наверняка знаком многим из них. Например, ситуацию, связанную с поведенческими проблемами в общественном месте: «ребенок раскачивается в вагоне метро, на него все смотрят» или «на детской площадке ребенок-аутист отнимает у других детей игрушки». Родители в совместном обсуждении ищут наиболее оптимальные способы реагирования в подобной ситуации.

Частота и длительность таких семинаров зависят от возможностей родителей, степени их мотивированности. Опыт нашей работы показывает, что родительские семинары целесообразно проводить не чаще одного раза в месяц. Желательно, чтобы дети во время семинаров находились под присмотром педагогов или социальных работников.

В ходе родительских семинаров необходимо уделять особое внимание не только когнитивным и поведенческим аспектам семейного воспитания, но и эмоциональным аспектам семейного взаимодействия. Знания об эмоциональных основах воспитания ребенка способствуют повышению жизненного тонуса родителей, повышают их уверенность в своих родительских возможностях ухода за ребенком и его воспитания и, главное, усиливают способность родителей к пониманию сложного эмоционального мира аутичного ребенка. По нашим наблюдениям, активное участие родителей больных детей в групповых дискуссиях гармонизирует не только родительские, но и супружеские взаимоотношения, а также способствует личностному росту членов семьи.

Психологическая поддержка родителей осуществляется не только в форме организации их взаимодействия с родителями со сходными проблемами, но и в процессе индивидуальных психотерапевтических бесед с психологом о трудностях семьи, семейных взаимоотношений. В процессе психотерапевтической работы с семьей аутичного ребенка психолог помогает родителям разрешить межличностные конфликты, связанные с проблемами воспитания ребенка. Следует отметить, что главным направлением психотерапевтической работы психолога с семьей аутичного ребенка является включение родителей в медико-психологическую работу с ребенком, основанную на объективном, реалистическом подходе к перспективам дальнейшего развития ребенка.

Оценка эффективности психологической поддержки родителей проводится по субъективным параметрам (обратная связь родителей) и по объективным параметрам (эмоциональное состояние самого ребенка).

Эффективность психологической поддержки в значительной степени зависит не

только от уровня профессиональной квалификации психолога, его профессионального и жизненного опыта, но и от его личностных особенностей. Психолог, работающий с детьми с аутизмом и их родителями, должен обладать следующими качествами:

- глубоким интересом к людям и терпением в процессе общения с ними;
- эмоциональной стабильностью и объективностью;
- сензитивностью;
- уважением прав других людей;
- проницательностью;
- сознанием профессионального долга и др.

Важным качеством психолога является его личностная и социальная зрелость. Как справедливо отмечает К. Шнайдер [Schneider, 1992], личностная зрелость психолога находит отражение в его умении успешно разрешать свои жизненные проблемы, откровенности, терпимости и искренности по отношению к людям. Социальная зрелость психолога заключается в его способности помогать другим людям эффективно преодолевать их проблемы.

Итак, психологическая поддержка является важным звеном в системе психологической помощи родителям детей, страдающих аутизмом. Основные цели психологической поддержки состоят в повышении сензитивности (чувствительности) родителей к проблемам ребенка, снижении эмоционального дискомфорта у родителей в связи с болезнью ребенка, формировании у родителей адекватных представлений о потенциальных возможностях ребенка и оптимизации их педагогического потенциала. Важную роль в эффективности психологической поддержки родителей играет создание разнообразных форм группового взаимодействия родителей и других членов семьи ребенка, а также активное включение родителей в лечебный и психолого-педагогический процесс. Сам процесс психологической поддержки является непрерывным, комплексным, предъявляющим высокие требования к личности специалиста-психолога.

Глава 11
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПРОБЛЕМАМИ В РАЗВИТИИ

В переводе с латинского языка «коррекция» («correction) переводится как «поправка, частичное исправление или изменение». Термин «коррекция психического развития» впервые использовался в дефектологии как один из вариантов психолого-педагогической помощи детям с проблемами в развитии. Он означал совокупность педагогических воздействий, направленных на исправление, компенсацию недостатков, отклонений в психическом и физическом развитии ребенка.

По мере развития практической психологии понятие «коррекция» стало все шире использоваться в возрастной психологии и клинической психологии не только применительно к детям с проблемами в развитии, но и к детям с нормальным психическим и физическим развитием.

В настоящее время психологическая коррекция широко используется в системе психологической помощи детям и подросткам. Учитывая широкий спектр применения понятия психологической коррекции, существует много разногласий относительно его использования. Например, некоторые авторы рассматривают психологическую коррекцию как способ профилактики нервно-психических нарушений у детей [Спиваковская, 1988] Другие авторы видят в ней метод психологического воздействия, направленный на создание оптимальных возможностей и условий развития личностного и интеллектуального потенциала ребенка [Бурменская, Карабанова, Лидере, 1990] или совокупность психологических приемов, используемых психологом для коррекции личностных свойств или поведения психически здорового человека [Осипова, 2000]. В

патопсихологии и в специальной психологии термин «психокоррекция» используется для обозначения одного из способов психологического воздействия, направленного на коррекцию отклонений в психическом развитии ребенка.

Нередко понятие «психологическая коррекция» подменяется понятием «психотерапия». Психотерапия (от греч. psyche — душа и therapeia — уход) — это система специально организованных методов лечебного воздействия., Психокоррекция, как явствует из данного термина, направлена на исправление тех или иных расстройств. Однако различия в понимании сущности психокоррекции и психотерапии возникли не в соответствии со спецификой их воздействия на личность, а в связи с укоренившимся в нашей стране мнением, что психотерапией могут заниматься только специалисты, имеющие специальное медицинское образование, а психокоррекцией — психологи. Следует подчеркнуть, что термин «психотерапия» является международным и во многих странах мира однозначно используется по отношению к методам работы, осуществляемым специалистом-психологом.

И психокоррекцию, и психотерапию мы можем рассматривать как способ психологического воздействия. Ряд авторов видит различия между психотерапией и психокоррекцией в сферах их применения. Если психотерапия в основном применяется в клинике неврозов и психосоматических заболеваний, то психокоррекция широко используется в психиатрической клинике [Критская, Мелешко, Поляков, 1991]. Другие авторы подчеркивают широкую сферу применения психокоррекции как при решении собственно лечебных психотерапевтических задач, так и с целью гигиены и профилактики [Защепицкий, 1983; Исурина, 1983]. «Чем большее значение имеют психологические и социально-психологические факторы в развитии того или иного вида нарушений, — пишет Г. Л. Исурина, — тем больший удельный вес приобретает метод психологической коррекции» [Исурина Г 1983, с. 250].

А. А. Осипова [2000] выделяет специфические черты психологической коррекции: ориентация на клинически здоровых людей; ориентация на здоровые стороны личности; ориентация на среднесрочную помощь; направленность на изменение поведения и развития личности. На наш взгляд, нельзя согласиться с автором, что объектом психологической коррекции, в отличие от психотерапии, могут быть только клинически здоровые лица.

Объектом психокоррекционных воздействий могут быть как здоровые, так и больные люди. Поэтому следует дифференцировать психологическую коррекцию нормального развития и коррекцию аномального развития, отягощенного негативным влиянием биологических факторов.

Основная цель психологической коррекции нормального детства состоит в том, чтобы способствовать полноценному психическому и личностному развитию ребенка.

Каждая форма аномального развития имеет свою специфику целей, задач и методов коррекции, которая осуществляется клиническими психологами, пато- и нейропсихологами. Например, при психических заболеваниях у детей (синдром раннего детского аутизма, шизофрения и др.) психологическая коррекция направлена на эмоциональную стимуляцию ребенка, на развитие его коммуникативных функций, формирование социальной активации. При соматических заболеваниях у детей основной задачей является коррекция самооценки, выработка более адекватных и гибких форм реакций на заболевание, совершенствование саморегуляции, восстановление у ребенка коммуникативных навыков. У детей с задержкой психического развития, в зависимости от формы задержки, коррекционная работа направлена на стимуляцию их познавательной активности, развитие ориентировочной основы деятельности, контроля, оптимизацию мнестических и интеллектуальных функций.

В процессе психологической коррекции аномального развития необходимо учитывать сложную структуру особенностей развития ребенка, характер сочетания в картине его состояния таких факторов, как социальная ситуация развития, выраженность

изменений личности, связанных с заболеванием.

В зависимости от характера диагностики и направленности коррекции, Д. Б. Эльконин предлагал различать две формы коррекции: коррекцию симптоматическую, направленную на симптомы отклонений в развитии, и коррекцию, устраняющую источник и причины отклонений в развитии. Симптоматическая коррекция, безусловно, имеет существенные недостатки, так как одни и те же симптомы отклонений в развитии могут иметь различные причины и, вследствие этого, различную психологическую структуру нарушений в развитии ребенка. Так, для ребенка, страдающего энурезом (недержанием мочи), могут быть полезны специальные релаксационные упражнения, направленные на устранение этого дефекта (симптома). Однако нередко, например в экстремальных ситуациях, эти явления у ребенка могут появляться вновь, несмотря на успешность психокоррекции в целом. Такой способ психологической коррекции оказывается недостаточным, если мы не знаем истинную причину, порождающую энурез. Она может быть обусловлена как психогенными факторами (например, испугом ребенка), так и биологическими (аномалией тазовых органов).

Таким образом, психологическая коррекция должна быть сконцентрирована не на внешних проявлениях отклонений в развитии, а на более глубоком уровне — на действительных источниках, порождающих эти отклонения.

Эффективность психологической коррекции в значительной степени зависит от того, насколько точно выявлены психологическая структура дефекта и его причины. Сложность и своеобразие аномального развития ребенка требуют тщательного методологического подхода к его анализу и реализации пси-хокоррекционного воздействия. Разработка принципов психокоррекции чрезвычайно важна. Основополагающие принципы психологической коррекции базируются на следующих фундаментальных положениях психологии:

1. Личность — это целостная психологическая структура, которая формируется в процессе жизни человека на основе усвоения им общественных форм сознания и поведения (А. Н. Леонтьев, С. Л. Рубинштейн, Б. Г. Ананьев, Л. И. Божович, Л. С. Выготский, П. Я. Гальперин, В. В. Давыдов, А. В- Запорожец).

2. Психическое развитие и формирование личности ребенка возможны только в процессе общения со взрослыми (Б. Ф. Ломов, М. И. Лисина и др.).

3. Важную роль в психическом развитии ребенка играет формирование ведущего вида деятельности. В дошкольном детстве это игра, в младшем школьном возрасте — учебная деятельность (Д. Б. Эльконин и др.).

4. Развитие аномального ребенка происходит по тем же законам, что и развитие нормального ребенка. При наличии определенных, строго продуманных, условий все дети обладают способностью к развитию (Л.С.Выготский, М. Монтессори). 5. Важным принципом психологической коррекции аномального развития является *принцип комплексности.* В соответствии с этим психологическую коррекцию можно рассматривать как единую систему клинико-психолого-педагогических воздействий. Эффективность психокоррекции в значительной степени зависит от учета клинических и педагогиг ческих факторов в развитии ребенка. Например, коммуникативные тренинги, которые использует психолог в клинике с целью оптимизаций процесса общения ребенка, не будут эффективны, если психолог будет игнорировать клинические факторы и ту социальную среду (медперсонал клиники, педагогов, родителей), в которой находится ребенок. Второй принцип психологической коррекции — *принцип единства диагностики и коррекции.* Прежде чем решать, нужна ли ребенку психологическая коррекция, необходимо выявить особенности его психического развития, уровень сформированности определенных психологических новообразований, определить, каким возрастным периодам соответствует уровень развития умений, знаний, навыков, личностных и межличностных образований. Задачи коррекционной работы могут быть правильно поставлены только на основе полной психологической диагностики не только зоны актуального, но и

ближайшего развития ребенка. Л. С. Выготский подчеркивал, что «в диагностике развития задача исследователя заключается не только в установке известных симптомов и их перечислении или систематизации и не только в группировке явлений по внешним, сходным чертам, но исключительно в том, чтобы с помощью мыслительной обработки этих внешних данных проникнуть во внутреннюю сущность процессов развития» [Выготский, 1983, т. 5, с. 302-303].

Д. Б. Эльконин отмечал, что психологическая диагностика должна быть направлена не на отбор детей, а на контроль за ходом их психического развития с целью коррекции обнаруживаемых отклонений. Он подчеркивал, что контроль за процессом развития должен быть особенно тщательным, чтобы исправление возможных отклонений в развитии начиналось как можно раньше.

Схема и подбор диагностических и психокоррекционных методов должны соответствовать нозологии заболевания ребенка, особенностям его возрастных характеристик, специфике ведущей деятельности. Психологическая диагностика и коррекция являются взаимодополняющими процессами, не исключающими друг друга. В самом процессе психологической коррекции заложен огромный диагностический потенциал. Например, ни при каком психологическом тестировании так не раскрываются коммуникативные способности личности, как в процессе групповых психокоррекционных занятий. В свою очередь, психогенные переживания ребенка с наибольшей глубиной отражаются в процессе игровой психокоррекции. Аналогично процесс психологической диагностики содержит в себе коррекционные возможности, особенно при использовании обучающего эксперимента.

Третий принцип психологической коррекции — *принцип личностного подхода.* Личностный подход — это подход к ребенку как к целостной личности с учетом всей ее сложности и всех ее индивидуальных особенностей. В процессе психологической коррекции мы учитываем не какую-то отдельную функцию или изолированное психическое явление у человека, а личность в целом. К сожалению, этот принцип не всегда учитывается в процессе групповых тренингов, психорегулирующих тренировок. При использовании разнообразных приемов психокоррекционных воздействий психолог не должен оперировать такими понятиями, как обобщенная норма (возрастная, половая, нозологическая). В процессе психологической коррекции следует ориентироваться не на один какой-то параметр, а, как справедливо подчеркивает А. С. Спиваковская, «на создание условий для развития тех или иных психологических качеств каждого участника психокоррекции» [Спиваковская, 1988, с. 54].

Четвертый принцип — *принцип деятельностного подхода.* Личность проявляется и формируется в процессе деятельности. Соблюдение этого принципа является чрезвычайно важным в процессе психологической коррекции детей и подростков. Психокоррекционная работа должна строиться не как простая тренировка умений и навыков ребенка, не как отдельные упражнения по совершенствованию психической деятельности, а как целостная, осмысленная деятельность ребенка, органически вписывающаяся в систему его повседневных жизненных отношений. Необходимо, чтобы психокоррекционная работа проводилась с учетом ведущего вида деятельности ребенка. Если это дошкольник, то в контексте игровой деятельности, если школьник — учебной. Однако, учитывая специфику и задачи психокоррекционного процесса, мы должны ориентироваться не только на ведущий тип деятельности ребенка, но и на тот вид деятельности, который является личностно значимым для ребенка или подростка. Особенно важно это учитывать в процессе психокоррекци-онной работы с детьми, страдающими аутизмом.

Пятый принцип — *иерархический принцип* психологической коррекции — базируется на положениях Л. С. Выготского, который считал, что суть коррекционной работы состоит в создании зоны ближайшего развития личности и деятельности ребенка. Поэтому психологическая коррекция должна заключаться в целенаправленном формировании психологических новообразований, составляющих сущностную

характеристику возраста. Упражнение и тренировка уже имеющихся у ребенка психологических способностей не делает коррекционную работу эффективной, так как обучение в этом случае лишь следует за развитием, совершенствуя способности в чисто количественном направлении, не поднимая их на более перспективный качественный уровень. По мнению М. Монтессори, коррекция умственного развития ребенка должна протекать в форме специальных упражнений, развивающих его сенсомо-торные способности. В центр психокоррекции помещается наличный уровень психического развития ребенка, понимаемый как чисто количественный процесс усложнения сенсомоторных функций. Коррекция с ориентацией на зону ближайшего развития ребенка, напротив, требует максимальной активности ребенка и носит опережающий характер. Например, при коррекции мнеми-ческих функций у ребенка развиваются мыслительные операции: анализ, синтез, обобщение. Обучение ребенка использованию мыслительных операций в процессе запоминания материала повышает эффективность запоминания лучше, чем простые тренировочные упражнения.

Реализация шестого — *каузального* — принципа психологической коррекции направлена на устранение причин и источников отклонений в психическом развитии ребенка. Сложная иерархия отношений между симптомами и их причинами и структура дефекта определяют задачи и цели психологической коррекции. Например, первопричиной эмоциональных и поведенческих нарушений у детей могут быть как социальные факторы, так и биологические, а нередко и сочетание обоих факторов. В зависимости от первопричины разрабатывается стратегия психокоррекции. Если причиной эмоционального неблагополучия ребенка являются семейные конфликты, то психокоррекционный процесс необходимо направить на нормализацию семейных отношений. Если причина эмоциональных нарушений кроется в резидуально-органической недостаточности центральной нервной системы, то главным звеном психологической коррекции должно стать снижение эмоционального дискомфорта ребенка специальными методами на фоне медикаментозной терапии.

Еще одним важным принципом является *строгое соблюдение этапности психокоррекционных воздействий* с учетом степени выраженности эмоционального и интеллектуального дефекта у ребенка с ранним детским аутизмом. Кроме того, психокоррекционный процесс должен исходить из уровня развития эмоциональной и интеллектуальной регуляции поведения ребенка. *Принцип уровневого подхода* к эмоциональной регуляции поведения детей с аутизмом, предложенный В. В. Лебединским с соавторами, позволяет дифференцированно подходить к разработке психокоррекционных воздействий.

Наконец, необходимо отметить, что психокоррекционные занятия должны проводиться *с обязательным участием родителей,* для того чтобы у них была возможность осуществлять важные коррекционные мероприятия дома, в перерывах между занятиями.

В зависимости от **формы организации психологической коррекции** выделяются два ее основных вида: индивидуальная и групповая психокоррекция.

В процессе *индивидуальной психокоррекции* происходит непосредственное воздействие на конкретного ребенка со стороны психолога, использующего для этого различные методы работы.

При *групповой психокоррекции* воздействие направлено на группу детей, как правило близких по возрасту и имеющих схожие проблемы. Здесь воздействие на конкретного индивида осуществляется путем организации специального процесса взаимодействия участников группы, в результате которого и достигаются цели психокоррекции.

В зависимости от **коррекционных задач** можно выделить следующие виды психокоррекции: игровая психокоррекция; семейная психокоррекция; ней-ропсихологическая коррекция; коррекция личностного роста и др.

По характеру направленности психокоррекционные воздействия подразделяются

на симптоматические и каузальные. Кроме того, выделяются директивные и недирективные виды коррекции.

Возможна также классификация видов психологической коррекции детей и подростков с проблемами в развитии, строящаяся в соответствии с формой дизонтогенеза. В данном случае речь идет о следующих видах психокоррекции:

1) психокоррекция при психическом недоразвитии;
2) психокоррекция задержанного психического развития;
3) психокоррекция при поврежденном психическом развитии;
4) психокоррекция при дефицитарном развитии ребенка;
5) психокоррекция при искаженном психическом развитии;
6) психокоррекция при дисгармоничном психическом развитии.

Такой способ деления является весьма условным, так как каждый из вариантов дизонтогенеза в чистом виде можно встретить чрезвычайно редко. Например, искаженное развитие (ранний детский аутизм) может сочетаться с психическим недоразвитием или с задержанным развитием, точно так же дисгармоничное психическое развитие часто протекает на фоне задержки психического развития. Кроме того, при задержанном психическом развитии, в зависимости от его формы, используются различные по содержанию психокоррекционные методы. Поэтому, по нашему мнению, целесообразно классифицировать психокоррекционный процесс по сферам его применения в конкретных нозологических группах больных.

В практике психологической помощи детям и подросткам с проблемами в развитии целесообразно различать следующие *блоки психологической коррекции:*

1. Психокоррекция эмоционального развития ребенка.
2. Психокоррекция сенсорно-перцептивной и интеллектуальной деятельности.
3. Психокоррекция поведения детей и подростков.
4. Психокоррекция развития личности.

Данный способ классификации отражает содержательно-психологическую направленность психокоррекции при всех вариантах нарушения психического и физического развития детей. Внутри каждого блока следует различать формы организации и методы психокоррекционных воздействий, основные психокоррекционные технологии.

Постановка **целей и задач психокоррекционных воздействий** непосредственно связана с теоретической моделью психического развития и определяется ею. Условно можно выделить отечественную и зарубежную модели психокоррекционных воздействий.

В отечественной психологии цели психокоррекционной работы с детьми и подростками с проблемами в развитии находятся в прямой связи с пониманием закономерностей психического развития ребенка как активного деятель-ностного процесса, реализуемого в сотрудничестве с взрослым. Здесь определены направления, в которых осуществляется постановка психокоррекционных целей:

1. Оптимизация социальной ситуации развития ребенка и подростка,
2. Развитие различных видов деятельности ребенка.
3. Формирование возрастно-психологических новообразований.

В зарубежной психологии причины трудностей в развитии ребенка усматриваются либо в нарушении внутренних структур личности (З. Фрейд, М. Кляйн и др.), либо в искаженной или дефицитарной среде. В зависимости от этого формируются задачи психокоррекции. В первом случае (в русле психодинамического направления) главной целью является восстановление целостности личности и баланса психодинамических сил; во втором (поведенческое направление) — модификация поведения ребенка за счет изменения среды и обучения его новым формам поведения.

Несмотря на многочисленную критику, эти направления заслуживают, на наш взгляд, особого внимания.

В центре *психодинамического подхода* стоят вопросы, связанные с динамическими

аспектами психики: мотивацией, влечением, побуждением, внутренними конфликтами, существование и развитие которых обеспечивает функционирование и развитие личностного «Я».

Целью психологической коррекции в этом направлении является выяснение неосознаваемых причин болезненных проявлений и переживаний ребенка или подростка. В соответствии с этим выбирается и техника психокоррекцион-ных воздействий. Однако в раннем возрасте классический метод психоанализа использовать невозможно. В связи с этим в рамках психодинамического подхода для работы с детьми были предложены два следующих метода: игротера-пия и арт-терапия, которые в дальнейшем стали развиваться как самостоятельные методы, выйдя за пределы психодинамического подхода. В настоящее время они широко используются в психокоррекции детей с эмоциональными нарушениями. В то же время, представители психодинамического подхода обратили внимание на активную роль родителей в работе с детьми в рамках психокор-рекционного процесса. Сотрудничество родителей с психологом является важным условием эффективности психокоррекционной работы.

Особый интерес в психокоррекции детей и подростков с проблемами в развитии представляет *концепция А. Адлера,* где личность рассматривается как неделимое целое, являющееся интегральной частью социума. Анализируя позитивную природу человека, А. Адлер подчеркивал, что каждый человек в раннем детстве формирует уникальный стиль жизни, творит свою судьбу. Поведение человека мотивировано достижением социальной цели и социальным интересом. Исследуя роль комплекса неполноценности в личностном развитии, А. Адлер полагал, что неполноценность, ее компенсация и социальная среда - это три переменные, которые имеют важнейшее значение в формировании жизненных целей. Он считал, что в целом поведение человека не претерпевает особых изменений на протяжении его жизни, изменяется только система отношений. Отсюда одна из основных задач психологической коррекции — коррекция этих отношений.

Конкретизировав цель психокоррекции в концепции А. Адлера, можно выделить следующие задачи: коррекция чувства неполноценности; формирование социального интереса; коррекция устремлений и мотивов с перспективой выработки нового стиля жизни. Это достигается такими психотехническими приемами, как формирование у ребенка положительных установок на занятие, анализ и проработка личностной позиции, подбадривание, поощрение. Обоюдное доверие и установление общих целей — первостепенные условия психокоррекционной работы.

Гуманистическое направление в психокоррекции, в первую очередь связанное с именем К. Роджерса, акцентирует внимание на позитивной природе человека и свойственном ему врожденном стремлении к самореализации. Основу психического здоровья, по мнению Роджерса, составляет соответствие идеального «Я» реальному «Я», достигаемое реализацией личностного потенциала и стремлением к самоосознанию, уверенности в себе, спонтанности. В связи с этим конечный итог коррекции заключается в приобретении самоуважения, формировании адекватной самооценки, в создании условий для личностного роста. Особое значение в процессе психологического воздействия здесь имеет искренность, теплота, эмпатия при общении психолога с клиентом.

Целью психологической коррекции в рамках *поведенческого направления* является приобретение ребенком новых установок, направленных на формирование адаптивных форм поведения, или угасание, торможение у него дез-адаптивных форм поведения. Она достигается с помощью различных поведенческих тренингов и психорегулирующих тренировок. В рамках данного подхода разработан ряд методик моделирования поведения, с помощью которых решаются такие задачи, как построение новых стереотипов поведения; подавление имеющихся неадаптивных стереотипов; осознание условий для проявления новых стереотипов поведения. В процессе психологической коррекции психолог выполняет активную и директивную роль: он является учителем, тренером и стремится помочь ребенку следовать эффективному поведению.

Поведенческое направление психологической коррекции часто используется при работе с детьми с ранним детским аутизмом.

Особого внимания заслуживает *когнитивное направление,* особенно эффективное в психокоррекции подростков с проблемами в поведении. В когнитивной психокоррекции, в первую очередь, уделяется внимание познавательным структурам психики, основное воздействие направлено наличность и на присущие ей логические способности. Главной задачей психокоррекции в русле данного подхода является изменение восприятия подростком себя и окружающей действительности на основе изменения поведения. В когнитивном подходе выделяются два варианта психокоррекции: когнитивно-аналитический и когнитивно-поведенческий. Основной задачей первого варианта является создание модели психологической проблемы, которая была бы понятна подростку и с которой он мог бы работать самостоятельно. Когнитивно-поведенческий вариант предполагает создание модели поведения, наиболее приемлемой для решения стоящих перед подростком проблем, другими словами, предполагает проверку искаженных убеждений в ситуации реальной жизни. В рамках когнитивного подхода создано много психотехнических приемов, которые могут быть успешно использованы в психокоррекции детей и подростков с проблемами в развитии.

Итак, различные теоретические подходы к проблеме психокоррекции способствуют развитию разнообразных психокоррекционных технологий. При разработке психокоррекционных технологий для детей и подростков, страдающих аутизмом, следует не столько ориентироваться на отдельное теоретическое направление, сколько использовать разнообразные способы психологических воздействий, базирующихся на многочисленных теоретических направлениях. Разработка отдельных психокоррекционных технологий зависит от конкретных психокоррекционных задач, которые определяются степенью выраженности проблем у ребенка и его родителей.

Глава 12
ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ

Ранний детский аутизм является вариантом искаженного психического развития. Как известно, искаженное развитие — это тип дизонтогенеза, при котором наблюдаются сложные сочетания общего психического недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, что приводит к возникновению качественно новых патологических образований.

При составлении психокоррекционных программ работы с детьми с аутизмом необходимо ориентироваться на сложную специфику их аффективной патологии, специфику искажения в развитии когнитивных, эмоционально-волевых, потребностно-мотивационных функций.

Традиционно выделяются две основные группы детей с аутизмом с учетом ведущего симптомокомплекса, лежащего в основе искаженного развития:

1) дети с выраженным искажением эмоционально-волевого развития;
2) дети с выраженным искажением когнитивного развития.

Некоторые авторы предлагают выделить третью группу — мозаичные формы искаженного развития, при котором наблюдаются искажения как эмоционально-волевой сферы, так и когнитивных процессов [Семаго, Семаго, 2000]. Однако следует подчеркнуть, что определяющим симптомокомплексом у детей с искаженным развитием является аффективная патология, в то время как нарушения речи, моторики, когнитивных процессов часто являются вторичными и могут способствовать углублению психического дефекта.

Психологическая коррекция детей и подростков с ранним детским аутизмом базируется на различных теоретических направлениях в психологии, однако на практике, особенно в зарубежных психологических школах, широко используются два основных

направления: психоаналитическое и поведенческое.

С позиции *психоаналитической теории,* ранний детский аутизм является следствием конфликта между ребенком и окружающим миром, прежде всего между ребенком и матерью. По наблюдениям психоаналитиков, мать ребенка с аутизмом отличается доминантностью, жесткостью, эмоциональной холодностью, пассивностью и подавляет развитие собственной активности ребенка. Кроме того, ими было выдвинуто предположение, что замкнутые и холодные родители передают эти особенности детям по наследству, что осложняет процесс их воспитания [Krevelen,1963].

Психоаналитический подход к психологической коррекции детей и подростков является предметом многочисленных дискуссий. Спектр мнений о целесообразности применения психоанализа в детском возрасте включает в себя даже полное его отрицание. Впервые психоаналитический подход к те- рапии детей с ранним детским аутизмом был подвергнут критике еще в начале пятидесятых годов прошлого века. Однако психоаналитические методы коррекции раннего детского аутизма успешно применяются многими специалистами (Б. Беттельхейм, Р. Шпиц и др.).

Например, Бруно Беттельхейм использовал психоаналитический метод в наблюдениях за детьми с ранним детским аутизмом. Автор описал особенности поведения девочки с тяжелой степенью аффективной дезадаптации по имени Марси, которая поступила в созданную им самим Ортогенетическую школу в возрасте десяти лет и девяти месяцев. На начальных этапах пребывания в школе девочка целыми днями молчала, пугалась и замыкалась в себе. Она часами сидела на кровати либо в замысловатой позе со скрещенными ногами, напоминавший позу йога, либо в полной неподвижности, либо раскачивалась вниз-вверх... Несмотря на полную пассивность, Марси развивала у себя навыки верчения, быстро потряхивая одним или двумя пальцами руки. То же самое она проделывала с блестящими светоотражающими предметами, например, с металлической коробкой. Автор отмечал, что для самой Марси верчение пальцами перед лицом составляло весь жизненный опыт и представление о мире и являлось единственным видом целенаправленной деятельности, которая имела для нее позитивное значение. Другие целенаправленные действия, наблюдаемые автором у девочки, а именно затыкание ушей, носа, имели своей целью оградить девочку от болезненных переживаний. Автор подчеркивал, что верчение «в какой-то степени служит тому, чтобы изменить реальность существования собственного тела ребенка, и дает ему возможность самому его контролировать» [Беттельхейм, 2004, с. 279]. «С самого начала знакомства с Марси мы убедились в том, что не сможем помочь ей преодолеть свою изоляцию, если будем заставлять ее идти вразрез со своими желаниями или станем настаивать на скорейшем отказе от того, что представляло для нее особую значимость». Педагоги предоставили девочке полную свободу действий. В связи с ее неопрятностью они разрешили ей испражняться в тазике с теплой водой, они не делали ей замечаний, когда девочка пачкала руки, играя со своими фекалиями. Автор отмечал, что испражнения Марси «были неотъемлемой частью ее тела и в то же время представляли собой объекты реального мира». Через семь месяцев у Марси появилось новое любимое занятие: сидеть в коробке с песком, то есть принимать «песочные ванны». Она обсыпала себя песком, вертела пальцами в песке, «постепенно исследовала песок, довольно тщательно изучая его структуру». Тем не менее игра с песком оставалась частью аутистического опыта девочки, она никому не позволяла подойти к ней во время этого занятия, а если педагоги пытались остановить ее, чтобы девочка не сыпала песок в глаза и уши, то она проявляла агрессивные реакции. Педагоги положили в песок мячик, который вначале девочка не принимала, увлеченная игрой с песком, но вскоре заинтересовалась им. Автор подчеркивает, что «первыми двумя объектами, которые приняла и полюбила девочка, стали песок (в психологическом плане напоминающий ей фекалии) и мячик (психологически имеющий теснейшую связь с грудью» [Беттельхейм, 2004, с. 295]. Играя с мячиком, девочка держала его напротив рта и подбородка, что отчасти напоминало

стимуляцию при сосании материнской груди. Вскоре после того как Марси почувствовала безопасность находившегося в руках мяча, она пыталась играть с набитыми чучелами животных, затем стала их более тщательно исследовать. Круг интересов у Марси постепенно расширялся, и, когда девочка получила возможность вертеть поясочками, находясь в полной безопасности, она стала проявлять интерес к другим предметам, которые могли выполнять аналогичные функции, она наблюдала за травинками, срывала их. После пятнадцати месяцев пребывания в школе девочка уже была способна выполнять отдельные указания, если, конечно, они не противоречили ее доминирующим интересам, например нанизывать бусинки на цепочку, а затем вертеть ими перед собой. Постепенно педагоги стали включать девочку в коллективное нанизывание бусинок. Улучшилось и символическое поведение у девочки, включая речь. Беттельхейм с позиции психоанализа подробно описывает расширение личного пространства у девочки, ее самоопределение, появление самооценки и пр. Подводя итоги исследования, он пишет: «Нам горько осознавать, что мы оказались не в силах помочь ей так, как мы смогли помочь многим детям, которые были несколько моложе ее. Но, по крайней мере, девочка вступила на важнейшую стадию своего развития, где ведение реальной жизни вне изоляции было возможным, а ее родители хотели сделать для нее все возможное, чтобы она никогда ни в чем не нуждалась» [Беттельхейм, 2004, с. 397]. Девушка научилась обслуживать себя, вела домашнее хозяйство. Однако важнее всего было, по мнению автора, то, «что эта милая девчушка, ранее державшаяся в стороне от окружающего мира и лишенная простого реагирования на воздействие внешней среды, теперь вернулась к настоящей жизни, была переполнена эмоциональными переживаниями, соответствующими действительности» [там же, с. 397].

Можно бесконечно спорить о психоанализе и его роли в психологической коррекции детей и подростков, однако такие глубинно-ориентированные методы психологической коррекции, как игротерапия, арт-терапия, работа с ранними детскими воспоминаниями и другие, высоко эффективны и широко используются психологами. Психолог, работающий с детьми с аутизмом, должен уметь использовать основы психоаналитической теории в процессе наблюдений за детьми с аутизмом, для того чтобы правильно интерпретировать особенности их поведения.

Пример

Володя, 8 лет 10 месяцев, диагноз: ранний детский аутизм (вторая группа по классификации О. С. Никольской). Приходя на групповое занятие, он постоянно хватал детей или взрослых за волосы, что вызывало недовольство у родителей и детей. Однако в начале цикла занятий таких действий у мальчика мы не наблюдали. Родители утверждали, что подобные реакции мальчик демонстрирует только на групповых занятиях, несмотря на то что он с удовольствием их посещает. Психолог отметила для себя, что первоначально родители вовремя приводили ребенка, но затем стали постоянно опаздывать, и мальчик появлялся в группе к тому моменту, когда ритуал приветствия уже был завершен и занятия шли по намеченному плану. Анализируя особенности поведения Володи, психолог пришла к выводу, что причиной таких реакций у ребенка является то, что он опаздывает на занятие и не принимает участия в приветствии, которое аффективно значимо для ребенка: во время приветствия каждый ребенок по очереди входил в круг, и остальные члены группы приветствовали его пением и хороводом. Психолог попросила родителей не опаздывать на занятия, так как мальчик очень переживает и, чтобы обратить на себя внимание, хватает окружающих за волосы. Родители перестали опаздывать, и эти реакции исчезли.

Нередко специалисты с легкостью пишут в своих заключениях, что ребенок агрессивный, аффективный, «неуправляемый» и пр. Однако любые поведенческие реакции у детей с аутизмом требуют тщательного анализа их истинных причин. Овладение психологом психоаналитическими методами позволяет ему более глубоко анализировать причины особенностей поведения своих маленьких пациентов, правильно

понимать их аффективные переживания и оценивать их глубину и специфику. Умение наблюдать за ребенком, интерпретировать его символические игры, стереотипии, разрушительные действия — определяющий фактор успешности психологической коррекции.

Особое значение при работе с аутичными детьми приобретают методы *поведенческой терапии,* которые направлены на изменение человеческого поведения и чувств в позитивном направлении с использованием современных теорий научения. Объектом поведенческой терапии детей с аутистическими расстройствами является их поведение. И. Ловаас обосновывает необходимость использования методов поведенческой терапии для детей с аутизмом, обращая внимание на следующие факты:

1. Аутизм рассматривается не как первичное нарушение контактов, а как расстройство восприятия и когниций (переработки информации).
2. Этиология и патогенез пока не известны, поэтому невозможно включить причину или причины аутизма в терапевтический процесс.
3. Мероприятия поведенческой терапии могут проводиться не только специалистами, но и родителями, другими окружающими ребенка лицами, если они обучены этим методам и понимают принципы их использования [Lovaas, 1987].

Между тем классические методы должны быть видоизменены и адаптированы для данной категории детей. В процессе поведенческой терапии детей с аутизмом выделяются два основных направления:

1) формирование поведения ребенка с аутизмом;

2) устранение тех или иных типов поведенческих реакций. Формирование поведения у аутичных детей включает в себя:

- стимулирование и развитие речи;
- помощь в формировании речевых коммуникаций;
- помощь в специальных взаимодействиях и коммуникациях. Устранение тех или иных типов поведения направлено на:
- редукцию самостимуляции;
- редукцию стереотипии;
- устранение саморазрушающего поведения [Психотерапия детей и подростков, 2000, с. 486-487].

Методики поведенческой терапии, используемые в психокоррекции детей с РДА, многообразны. Авторы рекомендуют начинать работу с оперантного обусловливания, обучая ребенка вести себя в определенной манере с использованием вознаграждения, и подражания, способствуя тому, чтобы ребенок развивал адаптивные реакции, наблюдая за другими. Обязательным условием использования данных методов является поэтапное формирование поведения и поэтапное устранение помощи [Психотерапия детей и подростков, 2000, с. 485].

Хоулин [Howlin, 1989] отмечает, что преимущество поведенческой терапии заключается в возможности включать родителей в терапевтический процесс, и предлагает проводить терапию в домашних условиях в присутствии родителей и сибсов. Такой подход, подчеркивает автор, позволяет учитывать потребности ребенка в контексте потребностей всей семьи. Терапевтические сеансы должны быть тщательно организованы, чтобы родители и сибсы не были перегружены. «Жизнь родителей не должна вращаться только вокруг их аутич-ного ребенка. Вмешательства терапевта должны, например, демонстрировать им возможности практической помощи и помогать родителям эффективнее использовать свое время» [Howlin, 1989].

Довольно актуальным в психокоррекции детей с ранним детским аутизмом является использование *телесно-ориентированных методов,* которые обязательно включают в терапевтический процесс тело пациента с целью стимуляции новых позитивных способов поведения и устранения поведенческих аномалий.

Общеизвестно, что для ортодоксального психоанализа неприемлем любой

физический, даже визуальный, контакт между терапевтом и пациентом. Телесно-ориентированная терапия направлена на преодоление разрыва между психическим и физическим, на гармоничную интеграцию тела и разума. Важным компонентом данного вида психокоррекции является знакомство ребенка с телом, которое направлено на расширение сферы осознания им своих глубоких, внутренних (организмических) потребностей и переживаний. Общеизвестно, что потребности, ощущения, желания и чувства кодируются в определенных телесных состояниях. В практике детской клинической психологии широко используется интегративная телесная терапия, направленная на формирование когнитивных процессов и личности ребенка с учетом его эмоционального опыта (чувство тепла, защищенности, понимания, поддержки).

Так, у детей с аутизмом наблюдается избирательное восприятие, что связано с аффективной дезадаптацией, недоразвитием и недостаточной интеграцией сенсомоторных функций. Специальные упражнения, направленные на сочетание сенсорных процессов, особенно с включением тактильных, кинестетических, температурных ощущений, качественно повышают процесс восприятия предметов в различных модальностях.

Наиболее распространенным методом телесно-ориентированной терапии, который широко применяется при работе с детьми с аутизмом, является холдинг-терапия (терапия удерживания).

Важно отметить, что любой теоретический подход к проблеме психологической коррекции детей с аутизмом заслуживает определенного внимания, но он не может быть универсальным в процессе работы с детьми. Дифференцированный подход к аутичному ребенку, ориентированный на структуру дефекта, степень тяжести аффективного и когнитивного дефицита, на особенности его семейного воспитания, требует от психолога *эклективно-прагматического подхода* к психологической коррекции, включающего в себя использование методов, разработанных в рамках различных теоретических направлений.

Особого внимания заслуживают работы отечественных психологов (К. С. Лебединской, В. В. Лебединского, О. С. Никольской, Е. Р. Баевской, М. М. Либлинг и др.) по психологической помощи детям с аутизмом.

Методологической основой этих работ являются положения Л. С. Выготского о единстве аффективного и когнитивного в процессе развития ребенка, а также представление об аффективной сфере как о многоуровневой адаптивной системе организации сознания и поведения.

Теория аффективной регуляции психики человека была впервые разработана отечественными авторами на модели раннего детского аутизма [Эмоциональные нарушения..., 1990} (мы уже рассматривали ее в главе 4). Напомним, что базовая аффективная регуляция человека представлена авторами в виде структуры, состоящей из четырех основных уровней: полевой реактивности, аффективных стереотипов, аффективной экспансии и аффективного (эмоционального) контроля. Каждый уровень, по мнению авторов, имеет свои задачи, свои механизмы регуляции и вносит свой вклад в организацию всей психической деятельности.

На каждом из этих уровней решаются качественно различные задачи адаптации ребенка. Ослабление или усиление функционирования какого-либо уровня может привести к общей дезадаптации. В связи с этим актуальным становится последовательное преобразование и совершенствование механизмов аффективной регуляции в процессе психического развития.

Рассмотрим, как каждый из этих уровней должен учитываться в ходе психологической коррекции ребенка с РДА.

Уровень полевой реактивности исходно связан с наиболее примитивными, пассивными формами психической адаптации. Аффективные переживания на этом уровне еще не содержат положительной или отрицательной оценки, они связаны лишь с общим ощущением комфорта или дискомфорта. В более старшем возрасте этот уровень

выполняет фоновые функции в осуществлении эмоционально-смысловой адаптации к окружающему. Роль этого уровня в регуляции поведения чрезвычайно велика, и его недооценка влечет за собой существенные издержки в психокоррекционном процессе. Тоническая эмоциональная регуляция, совершенствующаяся с помощью специальных ежедневных психотехнических приемов (например, восприятия расслабляющей музыки, приятных зрительных и тактильных стимулов), позитивно воздействует на разные уровни базальной эффективности. Поэтому различные пси-хорегулирующие тренировки с использованием сенсорных стимулов (звука, цвета, света, тактильных прикосновений) имеют огромное значение в психокоррекции поведения.

Уровень аффективных стереотипов имеет важнейшее значение в регуляции поведения ребенка первых месяцев жизни, в отработке его приспособительных реакций — пищевых, оборонительных, установления физического контакта с матерью. Этот уровень обеспечивает качественную оценку сигналов из внешней и внутренней среды, в том числе ощущений всех модальностей: слуховых, зрительных, тактильных, вкусовых и др. В случае если доминирует этот уровень аффективной адаптации, наиболее характерными поведенческими проявлениями являются стереотипные реакции. Аффективные стереотипы являются необходимым фоном для обеспечения самых сложных форм поведения человека. Активизация этого уровня эмоциональной регуляции в процессе психологической коррекции достигается при сосредоточении пациента на чувственных (мышечных, вкусовых, тактильных и пр.) ощущениях, восприятии и воспроизведении простых ритмических стимулов. Этот уровень, так же как и первый, способствует стабилизации аффективной жизни человека. Разнообразные психотехнические приемы, широко используемые психологами, такие как ритмические повторы, ритуальные действия, прыжки, раскачивания и пр. занимают важное место в психокоррекционном процессе, особенно на первых этапах занятий с аутичными детьми. Они оказывают как расслабляющее, так и мобилизующее действие в процессе психокоррекции поведения детей и подростков.

Третий уровень аффективной организации поведения — *уровень экспансии*— является следующей ступенью эмоционального контакта человека со средой. Его механизмы постепенно начинают осваиваться ребенком на втором полугодии жизни, что способствует формированию активной адаптации к новым условиям. Аффективные переживания третьего уровня связаны не с самим удовлетворением потребности, как это было на втором уровне, а с достижением желаемого. Они отличаются большой силой и полярностью. Если на втором уровне нестабильность ситуации, неизвестность, опасность, неудовлетворенное желание вызывают тревогу, страх, то на третьем они мобилизуют субъекта на преодоление трудностей. На данном уровне аффективной организации ребенок испытывает любопытство к неожиданному впечатлению, азарт во время преодоления опасности, гнев, стремление к уничтожению преград. В процессе психологической коррекции уровень аффективной экспансии стимулируется посредством актуализации у ребенка переживаний, характерных для азартной игры, риска, соперничества, преодоления трудных и опасных ситуаций. Этой же цели можно достичь и при разыгрывании устрашающих сюжетов, содержащих реальную перспективу их успешного разрешения.

Уровень эмоционального контроля (высший уровень системы базальной эмоциональной регуляции) формируется на основе субординации, взаимного дополнения и социализации всех предыдущих уровней. Этот уровень дает возможность выделить аффективные проявления другого человека как сигналы, наиболее значимые для адаптации к окружающему. Значимыми сигналами становятся лицо человека, его мимика, взгляд, голос, интонация, прикосновение, жест. Такая ориентировка позволяет оценить возможные эмоциональные последствия собственного поступка. Положительно здесь оценивается одобрение людей, отрицательно — их негативная реакция. Этот уровень реально опирается на аффективный опыт других людей, стабильно обеспечивает

адекватную реакцию на их оценку, и это является основой для возникновения эмоционального контроля человека над своим поведением — радость от похвалы и огорчение от неприятия. Именно здесь формируется самоощущение, окрашенное эмоциональными оценками других людей, и создаются предпосылки развития самооценки.

Этот уровень создает образ надежного, стабильного окружающего мира, в котором существуют эмоциональные правила поведения для всех.

Адаптивное аффективное поведение этого уровня поднимается на следующую ступень сложности. На этом уровне закладывается аффективная основа произвольной организации поведения человека. Поведенческий акт субъекта уже становится поступком — действием, которое строится с учетом отношения к нему другого человека. В случае неудачи адаптации субъект на этом уровне уже не реагирует ни уходом, ни двигательной бурей, ни направленной агрессией, как это возможно на предыдущих уровнях, а обращается за помощью к другим людям. На этом уровне происходит совершенствование аффективной ориентировки в себе, что является важной предпосылкой развития самооценки. Аффективное переживание тесно связано с сопереживанием другому человеку. Коррекция эмоционально-смысловой организации поведения на данном уровне требует обязательного включения таких психотехнических приемов, как сотрудничество, партнерство, рефлексия, что способствует формированию гуманизма, сопереживания и самоконтроля.

Закономерно развиваясь в единую систему регуляции, базальные уровни могут по-разному акцентуироваться в эмоциональной адаптации человека. Это способствует формированию индивидуальных эмоциональных отношений с внешним миром.

Например, тенденция к усилению первого уровня аффективной регуляции может проявляться в выраженной потребности к эмоциональному комфорту, гармонии.

Усиление второго уровня нередко находит отражение в глубоких эмоциональных связях с окружающим, в сильной аффективной памяти, в устойчивости в привычках.

Мощный третий уровень делает людей раскованными, смелыми, легко берущими на себя ответственность в разрешении напряженной ситуации, особенно в ситуациях риска, азарта.

Дети и подростки с особенно сильным четвертым уровнем сверхсосредо-точены на человеческих отношениях. Они сострадательны, склонны к общению, соблюдению норм и правил, но они могут испытывать дискомфорт в тех нестабильных, напряженных ситуациях, которые чаще доставляют удовольствие лицам с сильно развитым третьим уровнем.

Структурно-уровневое изучение базальной эмоциональной организации личности имеет важное значение в разработке эффективных способов коррекции детей и подростков с нарушениями в развитии, поскольку, как правило, дисфункция какого-либо уровня аффективной регуляции отражается на функционировании всех остальных уровней и способствует формированию общей дезадаптации ребенка.

На наш взгляд, структурно-уровнейый подход к эмоциональной регуляции поведения является чрезвычайно перспективным в разработке основных направлений психологической помощи аутичным детям.

Глава 13
ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫХ ЗАНЯТИЙ С ДЕТЬМИ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ

Сложная специфика аффективной дезадаптации аутичных детей предъявляет высокие требования к организации психокоррекционной работы.

Организация психокоррекционных занятий с детьми с ранним детским аутизмом заключает в себе определенные трудности. Во-первых, аутизм в чистом виде практически не встречается. Как правило, в каждом конкретном случае он проявляется в определенной

нозологической структуре и имеет качественное своеобразие. Кроме того, психологическая коррекция различных форм аутизма (синдрома Каннера, аутизма шизофренической этиологии, церебрально-органического генеза и пр.) зачастую предполагает решение задач, имеющих в том или ином случае свою специфику. Во-вторых, значительные сложности обусловлены временем возникновения дефекта. Раннее проявление аутистического поведения, динамичность состояния ребенка требует разработки специальных методов психологической коррекции. В-третьих, тяжесть аффективной патологии ребенка, его неконтактность крайне негативно отражаются на психологическом состоянии всех членов семьи. Поэтому в психокоррекционный процесс по возможности должно быть включено все близкое окружение ребенка: мать, отец, сибсы, бабушки, дедушки и др.

Мы выделили три основных типа психологической коррекции для детей с проблемами в развитии: общая, специальная и дифференцированная.

Общая психологическая коррекция — система оптимального возрастного развития личности ребенка в целом. Она включает в себя правильную организацию жизнедеятельности ребенка и подростка с аутизмом в социуме с учетом их реальных и потенциальных психофизических возможностей. Например, психолог не только занимается с ребенком, но и формирует охранительно-стимулирующий режим, дает рекомендации родителям о формировании социума вокруг ребенка, организации досуга ребенка и его развлечений.

Специальная психологическая коррекция направлена на организацию конкретных психокоррекционных воздействий с использованием различных методов: игровой терапии, семейной терапии, музыкотерапии, арт-терапии и пр.

Форма специальной психологической коррекции в значительной мере зависит от степени аффективной дезадаптации и интеллектуальных особенностей ребенка с аутизмом, уровня развития ведущих видов деятельности (предметно-практической, игровой, учебной, коммуникативной и пр.).

Дифференцированная психологическая коррекция ориентирована на исправление различных нарушений у ребенка или подростка с учетом клинико-пси-хологических, индивидуально-типологических и психологических особенностей. Она предполагает создание индивидуальных психокоррекционных программ, направленных на коррекцию имеющихся конкретных недостатков в развитии ребенка с учетом индивидуальных факторов.

Указанные типы психологической коррекции взаимосвязаны друг с другом. Например, успешность дифференцированной психокоррекции детей с аутизмом в значительной степени зависит как от общих психокоррекционных воздействий, так и от умелого использования психологом специальных методов (игротерапии, музыкотерапии и пр.).

Таким образом, эффективность психокоррекционного процесса в значительной степени зависит от умения психолога правильно составить психокор-рекционную программу для ребенка.

При составлении психокоррекционной программы для детей с аутизмом необходимо учитывать следующие методические требования:

1. Должны быть четко сформулированы основные цели психокоррекционной работы.
2. Круг задач следует определить таким образом, чтобы они конкретизировали основную цель.
3. Разработанная коррекционная программа занятий и ее содержательное наполнение должны учитывать степень тяжести аффективной патологии, уровень интеллектуального и речевого развития, а также индиви-дуально-психологические особенности ребенка, ведущий вид деятельности, специфику семейного воспитания.

Цели и задачи психокоррекционного процесса, реализуемые в процессе

психокоррекционной работы с детьми с аутизмом и зафиксированные в психокоррекционной программе, в значительной мере зависят от степени тяжести аффективной патологии у ребенка. Например, поскольку у детей первой группы наблюдается тяжелая степень дезадаптации, проявляющаяся в полной отрешенности от окружающего мира, в отсутствии активных контактов с окружающими и недоразвитием целенаправленного поведения, основной целью психологической коррекции является установление контакта с ребенком. У аутичных детей четвертой группы отмечаются трудности организации общения не только со сверстниками, но и со взрослыми, а нередко и с близкими людьми, что находит отражение в их повышенной чувствительности к нарушению контактов, отрицательной оценке их поведения со стороны взрослых или сверстников, в тревожной самооценке. Соответственно, и главным направлением психокоррекционной работы с ними становится оптимизация процесса общения, формирование адекватной самооценки.

Действия психолога по разработке психокоррекционной программы обязательно предполагают следующую последовательность шагов:

1. Определение формы работы с ребенком (групповая, семейная, индивидуальная).
2. Регламентация формы и направления профессиональных контактов с другими специалистами, работающими с ребенком (логопедом, педагогом-дефектологом, врачом, воспитателем, социальным педагогом и пр.).
3. Разработка соответствующих психокоррекционных технологий с учетом возрастных, речевых, аффективных и интеллектуальных возможностей ребенка.
4. Продумывание формы участия родителей и других лиц в психокоррек-ционном процессе.
5. Разработка методов анализа и оценки динамики психокоррекционного процесса.
6. Подготовка специального помещения, необходимого оборудования и материалов для занятий.

Важным требованием к составлению психокоррекционной программы является определение формы работы с ребенком: индивидуальная, групповая или семейная. Следует подчеркнуть, что групповая психокоррекция решает те же задачи, что и индивидуальная, но с помощью других средств. Выбор той или иной формы работы зависит от конкретных задач психологической коррекции. Например, для детей с глубокой аффективной патологией, с выраженными фобиями на начальных этапах работы рекомендуется проводить индивидуальные занятия, подготавливая ребенка к групповому взаимодействию. Кроме того, аутичные дети зачастую имеют низкий уровень интеллектуального развития, что требует более интенсивных коррекционных воздействий. Поэтому одних групповых занятий для них будет явно недостаточно: следует сочетать их с индивидуальными занятиями с ребенком.

Групповая форма психологической коррекции включает в себя целенаправленное использование всей совокупности взаимодействий и взаимоотношений между участниками группы в коррекционных целях. Группа, в которой ребенок проявляет свои отношения, установки, ценности, эмоциональные и поведенческие реакции, выступает для него в роли модели реальной жизни.

В процессе психологической коррекции детей с аутизмом необходимо учитывать уровень развития ведущего вида деятельности. Например, для детей с тяжелой степенью аффективной патологии необходимо организовывать занятия с учетом формирования у них активных предметно-практических манипуляций, доступных ребенку. С детьми третьей группы, у которых, как правило, наблюдаются стереотипные фантазии, отражающие угрожающую, «страшную» ситуацию, целесообразно проводить занятия в контексте игровой деятельности, позволяющей смягчить эмоциональный дискомфорт.

Сложность, многообразие и специфика психического дизонтогенеза у детей с аутизмом требует системного подхода к разработке *психокоррекционных технологий.* Под последними мы понимаем совокупность знаний о способах и средствах проведения

психокоррекционного процесса [Мамайчук, 2003].

Термин «психокоррекционные технологии» мы выбрали не случайно, так как психокоррекционный процесс представляет собой сложную систему, включающую в себя решение как стратегических, так и тактических задач.

К стратегическим задачам можно отнести разработку психокоррекцион-ных программ и психокоррекционных комплексов. В число тактических задач входят разработка конкретных методов и психокоррекционных техник, определение формы проведения коррекционной работы, продолжительности и режима занятий.

Конечно, универсальных психокоррекционных технологий для детей с аутизмом, как и для детей с другими формами аномального развития, быть не может, поскольку эффективность психокоррекционных воздействий зависит не только от объективных, но и от субъективных факторов. Объективными факторами традиционно принято считать:

- степень тяжести аффективного, интеллектуального и речевого дефекта у ребенка;
- конкретность, четкость поставленных коррекционных задач;
- четкость организации психокоррекционного процесса;
- время начала коррекционных воздействий;
- профессиональный опыт психолога и его личностный потенциал. К субъективным факторам можно отнести:
- установки ребенка и родителей на психологическую коррекцию;
- отношение ребенка и родителей к психологической коррекции и психологу.

В процессе психологической коррекции детей с аутизмом необходимо обязательное участие родителей. Следует подчеркнуть, что вся деятельность психолога должна быть направлена как на ребенка с аутизмом, так и на его близкое окружение (родителей, братьев, сестер, прародителей, персонал детских учреждений, где пребывает ребенок). Непосредственное участие родителей в занятиях открывает дополнительные возможности:

- смягчение того эмоционального дискомфорта, который испытывают родители в связи с тяжелым психическим состоянием ребенка;
- формирование у родителей позитивных установок на активную помощь ребенку;
- обнаружение наиболее эффективного подхода к ребенку, понимание причин его дезадаптивных форм поведения;
- адекватность оценки потенциальных возможностей ребенка.

Задача психолога состоит, прежде всего, в том, чтобы не только оказывать ребенку психологическую помощь, но и суметь показать родителям его потенциальные возможности, сформировать у них собственную оценку особенностей их малыша. Это возможно только при активном включении родителей в процесс психологической помощи.

Разработка методов анализа и оценки динамики психологической коррекции является чрезвычайно сложной задачей. Критерии оценки эффективности психологической коррекции требуют учета степени тяжести аффективной патологии детей с аутизмом, структуры их дефекта, клинико-психологических механизмов проявления аффективной дезадаптации, соответствия целей коррекции и используемых методов психологического воздействия.

В связи с повышенной возбудимостью, импульсивностью детей с аутизмом, хаотичностью их деятельности необходимы специальные мероприятия по обеспечению их безопасности в процессе занятий.

Занятия должны проходить в специально оборудованном зале. Обязательными являются мягкое освещение, палас или ковер на полу. В зале или в кабинете не должно быть острых и тяжелых предметов, неустойчивой мебели. Не рекомендуется выставлять много игрушек в пространстве, доступном ребенку, так как это может отвлекать ребенка.

Мы уже отмечали, что аутичные дети чувствуют себя спокойнее и более безопасно, если существует четкий распорядок дня, четкое соблюдение традиций. Многие дети

требуют неукоснительного соблюдения режима дня: прогулка должна проходить в одно и то же время и по одному и тому же маршруту, обед — в один и тот же час, так как аутичные дети трудно приспосабливаются к новой обстановке и к новым людям. Убедить такого ребенка изменить установленный порядок практически невозможно. Эта особенность должна учитываться и при проведении психокоррекционных занятий: необходима строгая организация режима в коррекционной группе. Необходимо следить за тем, чтобы структура занятий, место и время их проведения, состав группы не претерпевали каких бы то ни было изменений.

При определении состава и количества участников группы необходимо также учитывать степень тяжести дефекта. При проведении занятий с детьми с тяжелой аффективной патологией (первая и вторая группы) в состав группы должно включаться от 3 до 5 детей, и не больше. Число участников такой группы можно расширить за счет здоровых детей, желательно родственников аутич-ных детей (братьев, сестер) или знакомых. Опыт нашей работы показал целесообразность интеграции в коррекционной группе детей с аутизмом и здоровых сверстников.

Кроме того, следует учитывать возраст детей с РДА. Желательно включать в группу детей с разницей в возрасте не более двух лет.

Целенаправленное психокоррекционное воздействие на ребенка с аутизмом осуществляется через психокоррекционный комплекс, который состоит из четырех взаимосвязанных блоков:

- диагностико-консультативного;
- ориентировочного;
- основного коррекционного;
- закрепляющего.

В *диагностико-консультативный* блок входят диагностика особенностей психического развития ребенка и диагностика социальной среды. Диагностика психического развития ребенка включает в себя:

- всестороннее клинико-психологическое изучение особенностей лич-ностного развития ребенка с аутизмом.
- анализ системы семейных отношений, характера взаимодействия родителей и ребенка, стилей семейного воспитания, личностных особенностей родителей.

Диагностика социальной среды ребенка включает в себя анализ негативных факторов социальной среды, травмирующих ребенка, особенности его социальной адаптации в среде, специфику его отношения к окружающим.

Диагностика должна осуществляться с помощью экстенсивных и интенсивных методов исследования.

К ***экстенсивным методам*** относятся:

- направленные беседы с родителями об особенностях психического развития ребенка на разных возрастных этапах;
- анализ медицинских документов, характеристик ребенка, полученных от педагогов;
- направленное наблюдение за ребенком в процессе консультирования, диагностики и других форм психологической помощи. (Не вызывает сомнений, что психологическая диагностика детей с ранним детским аутизмом должна опираться на умение психолога наблюдать за ребенком в процессе деятельности, доступной ему.)

К ***интенсивным методам*** относятся экспериментально-психологические методы.

Предварительное знакомство с ребенком и его родителями проходит в психологическом кабинете. Если ребенок проявляет возбуждение, бегает, громко кричит, прыгает, то необходимо дать ему возможность адаптироваться в кабинете, не обращать внимания на его аффективные реакции, спокойно заниматься своим делом и наблюдать за ребенком. Следует предварительно проинструктировать родителей: они не должны делать замечания ребенку в кабинете психолога. Когда ребенок успокоится, можно предложить

ему разнообразные игры на выбор, чтобы он был занят в процессе беседы психолога с родителями.

Следует подчеркнуть, что проведение экспериментально-психологической диагностики детей с аутизмом с использованием инструментальных методов не всегда возможно, особенно для детей с тяжелой степенью аффективной патологии.

Пример

Психолог детского сада, куда родители хотели устроить ребенка 5 лет 4 месяцев, страдающего ранним детским аутизмом, в своем заключении написала: «...неразличает цвета, формы, величину, отсутствует целенаправленная деятельность, затрудняется в сложении геометрических фигур и предметов из двух частей, не сформированы графические умения и пр.». В результате она пришла к выводу о тяжелой умственной отсталости у ребенка и отказала ему в пребывании в группе «Особый ребенок». Общение с мальчиком в коррекционной группе показывало обратное. В процессе свободной игры с дидактическим материалом из набора М. Монтессори мальчик правильно соотносил предметы по форме и величине, складывал квадрат и круг из двух и трех частей, мелом на специальной доске проводил вертикальные и горизонтальные линии, раскрашивал трафареты, показывал цвета по подобию.

В психологической практике существует множество методов *недирективной* психологической диагностики. Особое значение в диагностической работе с детьми с аутизмом имеют методы, разработанные М. Монтессори. Концепция М. Монтессори в целом построена на представлении об определяющей роли активной целенаправленной предметно-практической деятельности для развития психики детей с нарушениями в развитии. Суть данного подхода к диагностике заключается в том, что ребенок всегда сам выбирает из дидактического материала тот, который удовлетворяет актуальную потребность его развития [Монтессори, 1986, 2000]\

Предоставляемая методом М. Монтессори свобода выбора, по сути, является тем, к чему так стремятся аутичные дети. Тем самым диагностическая процедура параллельно способствует и формированию самостоятельности и инициативы у ребенка.

С детьми третьей и четвертой группы возможно проведение экспериментально-психологического обследования. Целесообразно использование функцио-нальных проб для оценки особенностей работоспособности и динамики психических процессов, а также проективных методов (методика Розенцвейга, детский вариант методики САТ методика Рене—Жиля, графические тесты).

Вместе с тем следует подчеркнуть, что экспериментально-психологическое обследование аутичного ребенка носит вспомогательный характер, а главным диагностическим инструментом должно быть наблюдение за ребенком в свободной игре и в процессе психокоррекционных воздействий.

Среди основных параметров наблюдения следует выделить:

1) эмоционально-поведенческие особенности ребенка, включающие в себя особенности контакта, активность, особенности эмоционального тонуса, адекватность поведения;

2) особенности работоспособности: динамику продуктивности ребенка в процессе занятий; истощаемость; переключаемость внимания;

3) специфику развития познавательных процессов: особенности ориентировочно-исследовательской деятельности, понимание обращенной речи и использование речи, особенности целенаправленности деятельности.

Нами были разработаны дифференцированные оценки этих параметров в процессе наблюдения за ребенком. Диапазон оценок — от 0 до 3 баллов:

0 баллов — функция отсутствует;

1 балл — слабо выражена;

2 балла — выражена, но с искажением;

3 балла — четко проявляется, но наблюдаются некоторые проблемы;

4 балла — четко проявляется, без дополнительных проблем.

Таблица 14 Параметры наблюдений за ребенком с аутизмом в процессе коррекции и их оценка

Блок 1. Эмоцинально-поведенческие особенности		
1.Контакт		
Оценки	0	Контакт полностью отсутствует
	1	Контакт возможен при глубокой заинтересованности ребенка (например, чтобы получить игрушку, ребенок берет психолога за руку)
	2	Контакт избирательный и неустойчивый (например, ребенок вступает в контакт только в присутствии матери; уходит от контакта, когда его о чем-то просит психолог)
	3	Контакт возможен, но его интенсивность и длительность зависят от настроения и состояния ребенка
2. Активность		
Оценки	0	Отсутствует интерес к занятию. Стереотипии, погруженность в себя
	1	Избирательная активность (например/увидев «любимые игрушки», ребенок проявляет активность, стереотипно с ними манипулирует)
	2	Демонстрирует интерес к беседе родителей с психологом. Проявляет интерес к игрушкам, манипулирует с ними, но быстро пресыщается, переключается на другие задания
	3	Проявляет интерес к занятию, но тревожен, напряжен, чувствителен к тону, вопросу
3. Эмоциональный тонус и эмоциональные проявления		
Оценки	0	Недифференцированное отношение к различным ситуациям. Неадекватные эмоции: стойкий негативизм, эффективность, лабильность и пр. Возможны аутоагрессивные реакции
	1	Избирательное отношение к ситуации, но с выраженным проявлением негативизма, аффективные реакции при изменении ситуации
	2	Напряженность в процессе общения и деятельности, страхи, возможны бурные аффективные проявления при неудовлетворении потребности
	3	Осторожность, повышенная тормозимость или, наоборот, повышенная расторможенность, возбудимость. При неудачах может проявлять обидчивость, эффективность
4. Поведение		
Оценки	0	Преимущественно полевое поведение без признаков критичности
	1	Частое проявление эффективности (немотивированные крики, двигательное беспокойство). На замечание не реагирует
	2	На замечание реагирует, но проявляет напряженность, страх, двигательное беспокойство
	3	Чувствителен к оценкам и мнениям окружающих. Напрягается при замечаниях. На поощрение реагирует без выраженных эмоциональных проявлений
Блок II. Особенности работоспособности		
1. Динамика проуктивности ребенка в процессе занятий		
Оценки	0	Отсутствует. Ребенок может быть сосредоточен на каком-то аффективно значимом действии (например, раскачивании, прыжках, постукиваниях). Или, наоборот, проявляет импульсивность, несдержанность, нецеленаправленно хватает

		предметы
	1	Неупорядоченная, хаотичная деятельность в процессе занятий. Недлительное сосредоточение на инструкции психолога
	2	Замедленный или, наоборот, излишне ускоренный темп при выполнении отдельных заданий
	3	Вначале занятий темп может быть замедленный, но постепенно увеличивается. Или, наоборот, вначале наблюдается ускоренный темп, который к концу цикла занятий нормализуется
2. Переключаемость и устойчивость внимания		
Оценки	0	Слабая. Склонность к застреванию при выполнении аффективно значимых заданий
	1	Наблюдается склонность к застреванию на предыдущих действиях, но способен к переключению внимания при значимом задании
	2	Способен к переключению, но наблюдается застревание на предыдущих действиях
	3	Выраженных признаков инерции не прослеживается
Блок III. Особенности познавательной деятельности		
1. Ориентировочная деятельность		
Оценки	0	Выраженная псевдоактивность при полном отсутствии осмысленного анализа объекта. Сниженная активность при поиске объекта
	1	Ослабленная направленность на объекты, примитивные, стереотипные манипуляции с игрушками с использованием обнюхивания, облизывания, подкидывания и других действий
	2	Проявляет интерес к объектам, предварительно разглядывает их, но направленность поиска недостаточна
	3	Активные целенаправленные манипуляции с предметами
2. Речевая деятельность. Экспрессивная речь		
Оценки	0	Полное отсутствие внешней речи. На высоте аффекта произносит звукосочетания, редкие слова или фразы
	1	Имеется набор коротких стереотипных фраз. Наблюдаются эхолалии. Не пересказывает даже короткий текст. Отсутствуют развернутые фразы
	2	Развернутая речь, но практически недоступен диалог
	3	Развернутая речь, встречаются речевые штампы, голос маловыразительный. Могут наблюдаться эхолалии
3. Целенаправленные действия		
Оценки	0	Отсутствуют
	1	Слабо реагирует на инструкцию психолога. Уходит от задания, но может вернуться и повторить действие
	2	Реагирует на инструкцию, но может заниматься другими предметами, которые аффективно значимы, или повторять аффективно значимые фразы и слова (например, «пожар», «горшок» и пр.), что снижает эффективность целенаправленных действий
	3	Действия целенаправленны. Может проявлять тревожность, страхи, что отражается на темпе выполнения заданий

Представленная схема наблюдений позволяет дифференцированно подходить к оценке степени тяжести аффективных и интеллектуальных нарушений у ребенка.

К числу задач второго — *ориентировочного* — этапа психологической коррекции можно отнести:

1. Подбор группы для ребенка.
2. Установление эмоционального контакта ребенка с психологом и с членами группы.
3. Контакт с родителями ребенка с целью привлечения родителей к занятиям.

Диагностика психического развития ребенка с аутизмом обязательно *должна ориентироваться на комплексную оценку его эмоциональных реакций с определением уровня эмоциональной регуляции поведения.*

На этом этапе психолог анализирует степень нарушения аффективного развития ребенка. Ему необходимо уяснить для себя форму и тип аутизма, специфику стереотипии, формы аутостимуляциии, особенности взаимодействия ребенка с окружающими. Кроме того, он должен обратить внимание на особенности интеллектуального развития ребенка. Например, у большинства аутичных детей, относящихся к первой или второй группе, запас знаний, характер игровой деятельности значительно отстают от возрастной нормы. У них преобладает манипулятивная игра, наблюдаются слабые реакции на новые игрушки и ситуации. Поэтому на ориентировочном этапе психокоррекции необходимо проследить, как формируются у ребенка реакции оживления, слежения за предметами, слухомоторные и зрительно-моторные координации, каковы особенности его манипулятивной деятельности.

Для реализации задач ориентировочного этапа целесообразно сформировать микрогруппу из 2—3 детей с аутизмом и использовать недирективные игровые методы. Психолог предварительно раскладывает 3—4 игровых пособия, в зависимости от возраста ребенка. Например, вкладки из набора Монтессори, строительные наборы, дидактические игры, мячи, кегли, доску и цветные мелки. Наблюдая за ребенком в процессе недирективной игры, психолог определяет, к какой из четырех описанных выше групп относится ребенок и в какую коррекционную группу его можно определить. Дополнительную информацию о ребенке психолог получает в беседе с родителями, а также в процессе консультаций с другими специалистами (психиатром, логопедом, дефектологом, социальным работником).

После ориентировочного этапа, завершающего психологическое обследование, длительность которого варьирует от двух до пяти занятий, ребенок включается психокоррекционную группу. Как уже подчеркивалось, при формировании группы следует учитывать степень тяжести аффективной, интеллектуальной и речевой патологии, время возникновения заболевания, особенности социальной ситуации развития аутичного ребенка (воспитывается дома, посещает специализированное учреждение пр.).

Основной коррекционный блок занятий направлен на коррекцию аффективных и интеллектуальных нарушений у детей с ранним детским аутизмом и предполагает решение следующих задач:

1. Формирование эмоционального контакта у ребенка с психологом и членами группы.
2. Развитие целенаправленных предметно-практических манипуляций в процессе индивидуальных занятий и группового взаимодействия.
3. Формирование и стимуляция сенсорно-перцептивных, мнемических и интеллектуальных процессов у детей.
4. Развитие и совершенствование эмоционально-волевой регуляции поведения.
5. Развитие коммуникативных функций речи и других способов коммуникации.
6. Формирование адекватных родительских установок на заболевание и социально-психологические проблемы ребенка путем активного привлечения родителей к участию в психокоррекционном процессе.
7. Коррекция неадекватных методов воспитания аутичного ребенка.
8. Создание в семье, где воспитывается ребенок, атмосферы принятия,

доброжелательности, открытости, взаимопонимания.

Оценочный блок, или блок оценки эффективности коррекционных воздействий, направлен на анализ изменений в аффективной адаптации аутичного ребенка, изменений познавательных и речевых процессов, психических состояний, личностных реакций в результате психокоррекционных воздействий. Критерии оценки эффективности психологической коррекции требуют учета структуры дефекта, механизмов его проявлений, анализа целей коррекции и используемых методов психологического воздействия. Эффекты коррекци-онной работы у ребенка могут отслеживаться в процессе непосредственной работы с ним, к моменту завершения психокоррекционного процесса и на протяжении длительного времени после окончания занятий.

Результативность психологической коррекции зависит и от конкретных целей психокоррекционного процесса. Если психологом реализовывалась симптоматическая коррекция, то есть коррекция, направленная на отдельные симптомы (например, коррекция страха), то результат психокоррекционных воздействий может проявляться уже после первых занятий с ребенком. Эффективность каузальной коррекции, как правило, может быть оценена не сразу после окончания психокоррекционных занятий, а значительно позже. Отметим, что, по нашему мнению, в процессе психокоррекции детей с аутизмом необходимо ориентироваться не на симптомы, а на причины, их порождающие.

Оценка эффективности психокоррекционных воздействий возможна лишь при использовании разнообразных методов, выбираемых в соответствии с поставленными на первом этапе психокоррекционными задачами. Прежде всего, целесообразно использовать отчеты родителей о поведении детей до и после занятий. При оценке поведенческих и эмоциональных реакций детей с аутизмом с умеренной и легкой степенью аффективной дезадаптации имеет смысл сочетать метод наблюдения с проективными методами исследования личности (цветоассоциативными тестами, методиками незаконченных предложений, рисуночными тестами и др.). Оценку эффективности психологической коррекции может провести и независимая экспертная комиссия, включающая в себя не только психологов, но и врачей, педагогов и социальных работников.

Глава 14
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ГНОСТИЧЕСКИХ И РЕЧЕВЫХ ПРОЦЕССОВ У ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ

Целевая психокоррекционная работа, направленная на формирование гностических и речевых функций у детей с аутизмом, имеет особое значение в их адаптации.

Традиционно в основу программ по формированию гностических и речевых процессов у детей с аутизмом закладывается представление о ведущих симптомокомплексах, определяющих структуру гностических и речевых дефектов. Соответственно, составлению подобного рода программы должен предшествовать этап диагностики.

В психологической практике существуют три основных подхода к диагностике интеллектуальных и гностических нарушений у ребенка: психометрический, функциональный и нейропсихологический. Например, при психометрическом подходе определяющей мишенью диагностики и последующей психологической коррекции является уровень интеллектуального развития ребенка, после определения которого усилия психолога направляются на повышение общего интеллектуального развития ребенка с помощью специально разработанных психолого-педагогических коррекционных систем, организации обучения ребенка в специализированном учреждении (во вспомогательной школе, на дому, в рамках индивидуальных занятий с педагогом или психологом).

При функциональном подходе, когда определяется уровень развития отдельных психических функций у ребенка (восприятия, внимания, памяти и пр.), целью разрабатываемых психокоррекционных программ является коррекция и оптимизация

развития нарушенных психических функций (например, развитие восприятия, внимания и пр.).

Нейропсихологический подход базируется на современных представлениях о закономерностях развития и иерархическом строении мозговой организации высших психических функций в онтогенезе [Бернштейн, 1947, Вайз-ман, 1976; Микадзе, Корсакова, 1994; Пылаева, Ахутина, 1997; Семенович, Умрихин, 1998; Семаго Н. Я., Семаго М. М., 2000; и др.]. Так, в многочисленных исследованиях психологов было показано, что сенсомоторный уровень развития является базальным для развития высших психических функций) у детей. Учитывая это, в процессе психологической коррекции детей с различными типами дизонтогенеза большое внимание уделяется развитию двигательных функций.

В психологической практике выделено несколько уровней коррекции на основе нейропсихологического подхода [Семаго Н. Я., Семаго М. М., 2000]:

- уровень активации, энергоснабжения и статокинетического баланса психических процессов;
- уровень операционального обеспечения и статокинетического баланса психических процессов;
- уровень произвольной регуляции смыслообразующей функции психомоторных процессов.

Каждый из этих уровней коррекции имеет свою специфическую «мишень» психокоррекционного воздействия и предполагает использование специальных психокоррекционных методов.

Психокоррекционные методы первого уровня направлены на функциональную активацию подкорковых образований головного мозга. Методы второго уровня — на активацию задних премоторных отделов правого и левого полушарий мозга и их взаимодействия, а методы третьего уровня имеют своей целью формирование оптимального статуса префронтальных отделов мозга.

Данное направление психологической коррекции является, на наш взгляд, весьма перспективным как для детей с психическим недоразвитием, так и для детей с ранним детским аутизмом.

Многообразие и полиморфность видов раннего детского аутизма требует учета всех факторов, определяющих дефект. Например, в структуре психического дефекта у детей с аутизмом, кроме аффективных нарушений, зачастую наблюдаются выраженные нейродинамические расстройства, грубые интеллектуальные нарушения и пр.

Учитывая многообразную и сложную структуру дефекта у детей с аутизмом, мы выделяем три основных типа моделей психологической коррекции гностических и речевых процессов:

- системно-структурные модели;
- онтогенетические модели;
- аффективные модели.

Учет *системно-структурных моделей* психологической коррекции искаженного развития у детей позволяет разработать дифференцированные методы психокоррекционных воздействий с ориентацией на специфическую структуру дефекта и степень его тяжести. Это успешно достигается при функциональном и нейропсихологическом подходе к психологической коррекции.

Онтогенетические модели предполагают два основных направления: возврат к ранним онтогенетическим этапам развития познавательных процессов и личности ребенка и ориентацию на уровень ближайшего развития ребенка.

Учитывая высокую значимость аффективных компонентов в развитии гностических и речевых процессов у детей с аутизмом» целесообразно использовать *аффективную модель* психологической коррекции, которая должна определять формальную и содержательную стороны психокоррекционного процесса. Эта модель предполагает:

• разработку и использование методических приемов, аффективно значимых для аутичного ребенка;

• специальную разработку организации психокоррекционного процесса с учетом аффективных потребностей ребенка.

В процессе планирования психокоррекционных занятий необходимо соблюдать следующие принципы:

• принцип последовательности, предусматривающий постепенное усложнение занятий;

• принцип доступности заданий;

• принцип систематичности занятий, предусматривающий определенную частоту занятий (желательно не менее двух раз в неделю);

• принцип закрепления усвоенного с привлечением родителей, педаго-гов-дефектологов, логопедов;

• принцип формирования учебного стереотипа, предусматривающий определенное место и время занятий, щадящий режим занятий;

• принцип аффективной значимости и доступности заданий для ребенка.

Психокоррекционные технологии гностических процессов у детей с аутизмом

Как отмечалось выше, нарушения восприятия, наблюдаемые у детей с аутизмом, могут являться существенным препятствием для развития у них других психических процессов. Эти нарушения носят полимодальный характер и затрагивают базовые механизмы формирования перцепции.

В исследованиях отечественных психологов и педагогов было убедительно доказано, что предметная деятельность здорового ребенка на первом году жизни претерпевает ряд существенных изменений и является основой для формирования гностических процессов. Как отмечает Р. Я. Абрамович-Лехтман [1945], уже на четвертом месяце жизни здоровый ребенок начинает ощупывать, притягивать случайно задетый предмет. Появляются повторные похлопывания рукой по этому предмету. По существу, на этом первом этапе ребенок инициативно осуществляет действенную связь между собой и предметом путем непосредственного контакта. Через ощупывание начинает формироваться выделение предмета как объекта деятельности. В дальнейшем действия ребенка становятся результативными: он повторно притягивает или отбрасывает предмет, размахивает им, стаскивает один предмет с другого. В этих действиях ребенка появляется новое: предмет перемещается в пространстве, вовлекается в пространственно меняющиеся отношения. Притягивание случайно задетого предмета подкрепляется его непосредственным схватыванием. Этот контакт с предметом, достигнутый в результате собственного усилия, позволяет ребенку перейти к привычной деятельности рассматривания предмета, обследования его путем ощупывания рукой, прикосновения губ, языка и т. п. Таким образом, происходит выделение ребенком предмета как объекта деятельности.

В конце первого года жизни ребенок может действовать уже не одним предметом, а несколькими, перемещая их по отношению друг к другу. Это уже является активным изменением пространственных отношений между предметами и существенной предпосылкой для возникновения нового этапа — целевого использования вещей путем воздействия одним предметом на другой. Уже на шестом месяце ребенок может активно с помощью предмета вызывать звуки, ударяя им по другому предмету. На десятом месяце ребенок ударом одного предмета по другому может вызвать вращение последнего. На десятом месяце он уже способен перемещать в ограниченном пространстве одним предметом другие. Например, палкой помешивать шарики в чашке. Очень важным обстоятельством, как подчеркивает Р. Я. Абрамович-Лехтман, является вызывание путем такого взаимодействия «скрытых свойств предметов». Например, удар палкой по колесу, насаженному на стержень, вызывает вращение колеса. Именно вызывание скрытого свойства предметов имеет огромное познавательное значение для ребенка.

Итак, уже в конце первого года жизни здоровый ребенок может совершать результативные действия, воздействуя на предмет не только непосредственно рукой, но и опосредованно с помощью другого предмета.

В процессе становления предметной деятельности у ребенка развивается ориентировочная реакция на новый предмет, он начинает выделять предметы, усваивает способы действия с ними. У него формируется ориентировка на свойства и качества предметов. Именно этот процесс формирования поисковых действий и оказывает решающее влияние на ход психического развития здорового ребенка.

Кроме этого, идет активное развитие речи: вначале появляются отдельные слова, а на втором году жизни — фразы. Пробуждается интерес к продуктивным видам деятельности: рисованию, конструированию.

У детей с аутизмом с тяжелой степенью аффективной патологии в этот возрастной период могут наблюдаться различные предметно-практические манипуляции, однако они, как правило, носят стереотипный характер: дети избирательно относятся к предметам, предпочитая неигровой материал (палочки, веревочки, камушки и пр.).

Предметными действиями дети своевременно не овладевают, в этом возрасте у них наблюдаются лишь манипуляции, то есть хаотичные, нецеленаправленные двигательные реакции. Чаще всего эти манипуляции не соответствуют назначению предметов, с которыми ребенок совершает действия. Дети с аутизмом не умеют подражать действиям взрослого, то есть они самостоятельно не овладевают основным способом усвоения общественного опыта.

Особенности психического развития детей с аутизмом, подробно описанные во второй части настоящего издания, в своей совокупности оказывают негативное влияние на формирование восприятия, в частности таких его свойств, как константность, предметность и обобщенность, и определяют основные задачи психологической коррекции:

1. Формирование у детей поисковых способов ориентировки в задании.
2. Усвоение сенсорных эталонов (формы, цвета и величины предметов) посредством развития у детей с аутизмом предметно-практических действий.
3. Развитие целостности, константности, предметности и обобщенности восприятия.

Соответственно, **развитие восприятия** в психокоррекционном процессе направлено на решение нескольких задач. Так, например, в процессе занятий ребенку необходимо показать такие действия, при которых он мог бы понять, что от его умения определить форму зависит результат его деятельности.

Приводим конкретную схему занятий с описанием психотехник.

1. Предметно-практические манипуляции с объектными формами	
Цель занятий	Обучение ребенка соотнесению плоскостных и объемных форм в практическом действии с предметами на основе метода проб и ошибок, посредством отбрасывания ошибочных вариантов и фиксирования правильных
Психотехнические игры	«Закрой коробки», «Чей домик», «Найди окошко», «Почтовый ящик». Ребенку предлагаются эталонные геометрические фигуры, которые он должен соотнести с местом
Оборудование	Коробки с крышками разной формы. Объемные геометрические формы, по объему подходящие к прорези. Доски с прорезями, изображающими геометрические фигуры и предметы из геометрических форм
2. Зрительное восприятие формы без предметно-практических манипуляций	
Цель занятий	Обучение ребенка зрительному сопоставлению формы без предметно-практической ориентировки (вычленение контура предмета, соотнесение объемных и плоских форм, узнавание предметов в рисунках, их словесное обозначение)

Психотехнические игры	«Найди свою пару», «Лото», «Угадай, что нарисовано», «Магазин»
Оборудование	Карточки с изображением геометрических форм. Парные плоскостные или пластмассовые формы. Предметы и игрушки разной формы
3. Запоминание форм	
Цель занятий	Развитие у детей способности запоминать воспринятые формы; мысленно, по представлению, сопоставлять объемную форму с плоскостной. Закрепление названий «круглый», «квадратный», «овальный», «треугольный»
Психотехнические игры	«Узнай и запомни», «Найди похожую», «Угадай, чего не стало»
Оборудование	Карточки с геометрическими формами разной величины и цвета. Объемные игрушки разной формы (например, шар, неваляшки, телевизор и пр.). Плоскостные формы-образцы (круг, овал, квадрат, прямоугольник, треугольник)

Следует подчеркнуть, что выполнение заданий возможно только после того, как установлен эмоциональный контакт с ребенком. Ребенок с аутизмом может активно сопротивляться, отказываться заниматься, разбрасывать пособия. В этом случае его не следует заставлять продолжать выполнять задание. Можно предложить ребенку делать с материалом, с которым он должен был работать по инструкции, то, что он хочет. При этом следует комментировать действия ребенка, придавая им определенный смысл. Например, если ребенок вместо вкладывания коробочек хаотично накладывает их друг на друга, психолог может сопровождать его действия словами: «Какую башню строит Петя, как интересно, бух — башня падает». Такой подход стимулирует ребенка к дальнейшей деятельности.

Обучение восприятию величины предметов, так же как и формы, проводится в контексте предметно-практических манипуляций. В процессе действий с игрушками ребенок начинает выделять величину зрительно. На основе многочисленных проб у ребенка может возникнуть полноценное зрительное восприятие величины, умение вычленять ее, соотносить предметы по величине.

Занятия состоят из трех этапов.

1. Практическое выделение величины	
Цель занятий	Развитие у детей умения ориентироваться на величину предметов, соотносить действия рук с величиной предметов, соотносить по величине плоские и объемные фигуры, составлять сериационный ряд
Психотехнические игры	«Составление двух- и трехместных матрешек», «Найди место для предмета», «Построй башню», «Найди кровать для куклы»
Оборудование	Матрешки (двух-, трех- и четырехместные). Бруски разной величины. Куклы и машинки разной величины. Игрушечная мебель разной величины
2. Зрительное восприятие величию	
Цель занятий	Обучение зрительному различению предметов различной величины, соотнесению зрительного образа со словом
Психотехнические игры	«Лото» (определение предметов по величине), «Закончи узор» (с учетом величины детали), «Построй башни» (с учетом разной

	высоты) и пр.
Оборудование	Карточки с изображением предметов разной величины. Большие и маленькие круги, квадраты и контурные узоры. Фломастеры. Трафареты с изображением предметов и животных разной величины
3. Запоминание предметов с учетом их величины	
Цель занятий	Развитие умения удерживать в представлении и мысленно соотносить между собой величины разных предметов, осуществлять выбор по представлению и словесному обозначению величины предметов
Психотехнические игры	«Запомни и найди», «Найди, где спрятано», «Угадай, какое платье нужно кукле»
Оборудование	Карточки-лото с изображением предметов разной величины. Предметы разной величины. Картонные геометрические фигуры трех величин

Одной из задач психологической коррекции детей с аутизмом выступает формирование у них константного и целостного восприятия предметов. Детям предстоит осознать, что внешний вид предмета может меняться в зависимости от того, с какого положения на него смотрят — спереди, сзади, сбоку, снизу или сверху: все равно это будет один и тот же предмет. Ребенок должен сформировать представление о том, что целый предмет состоит из отдельных частей, каждая из которых не только имеет свою функцию, но и свою форму, величину, пространственное расположение и к тому же занимает определенное место внутри целого.

Формирование целостного восприятия успешно осуществляется в процессе обучения детей продуктивным видам деятельности: конструированию, рисованию, лепке, аппликации.

Огромный коррекционный потенциал заключается в конструктивной деятельности, которая активно формируется у здоровых детей еще в младшем дошкольном возрасте. Эффективность конструктивных видов деятельности в формировании сенсорных функций у детей с нарушениями в развитии описана в работах многих отечественных педагогов и психологов [Мамайчук, 1976; Катаева, Стребелева, 1991; Гаврилушина, 1991; и др.] Во-первых, в процессе конструктивной деятельности ребенок знакомится с пространственными свойствами предметов (формой, величиной и пр.). Во-вторых, конструирование оказывает существенное влияние на формирование способов восприятия: составление целого из отдельных частей, мысленное расчленение сложной формы и установление пространственных взаимоотношений предметов. В процессе занятий психолог может предлагать ребенку разнообразные игры, такие как «Собери целое», «Какой детали не хватает?» и пр.

Особое место в психологической коррекции занимает формирование пространственной ориентировки.

М. М. и Н. Я. Семаго [2000] разработали программу формирования пространственных представлений у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Структура заданий программы усложняется в зависимости от уровня овладения ребенком пространственными представлениями: от наиболее простых, координатных, метрических до лингвистических представлений. Каждый этап программы разделен на несколько тем, каждая из которых представляет собой работу на различных уровнях с обязательной соответствующей вербализацией пространственных представлений. Такими уровнями являются:

- пространство собственного тела;
- расположение объектов по отношению к собственному телу:
- взаимоотношения внешних объектов между собой;

• лингвистическое пространство, включая временные представления. При формировании пространственных представлений у детей с аутизмом необходимо соблюдать определенные этапы.

На первом этапе необходимо обучить детей различать отношения предметов и их частей по вертикали (знакомство с предлогами «на», «под»).

На втором этапе — приступать к формированию у ребенка умения понимать отношения в горизонтальной плоскости («рядом», «около»).

На третьем — работать над развитием понимания таких пространственных отношений, как «справа», «слева», «за», «перед», «между» и пр.

После того как ребенок научится воспринимать и воспроизводить пространственные отношения предметов по подражанию действиям взрослого, можно переходить к играм, где ему будет необходимо действовать по образцу, то есть осуществлять самостоятельный анализ образца с точки зрения пространственных отношений предметов и их частей. Он успешно справляется с этой задачей в процессе развития конструктивных умений, а также участвуя в специально организованных дидактических играх «Запомни и найди», «Найди и назови», где ребенку предлагаются карты с изображениями предметов, по-разному расположенных по отношению друг к другу.

Формирование пространственных отношений и представлений необходимо сочетать с развитием осязательного восприятия. Существует большое разнообразие дидактических игр, позволяющих посредством осязания совершен-

ствовать восприятие формы, величины, объема, температуры, пространственного расположения предметов.

На *первом* этапе детей обучают осязательному восприятию знакомых объемных предметов, желательно аффективно значимых для ребенка с аутизмом (например, используются палочка, бутылочка, любимая машинка; бытовые предметы: ложка, тарелка; предметы одежды: шарф, шапка, пуговица и пр.).

На *втором* этапе детям предлагают для ощупывания и узнавания объемные геометрические формы (шар, куб, «кирпичик из строительного набора» и пр.).

На *третьем* этапе дети ощупывают и называют плоские геометрические фигуры.

На *четвертом* этапе можно уже предложить классифицировать объемные фигуры по величине. За специальной ширмой психолог раскладывает перед ребенком набор объемных фигур одинаковой фактуры, но разной величины. Например, шар большой и шар маленький, катушку большую и катушку маленькую, и пр. Психолог просит ребенка дать ему одинаковые фигурки, например выбрать все шарики (по форме) или все большие или маленькие фигурки (по величине). Следует отметить, что многие дети с аутизмом сперва отказываются работать с ширмой, вынимают руки из рукавов, разбрасывают фигуры. Необходимо постепенно приучать ребенка к работе с ширмой. Если не удается приучить ребенка работать таким способом, можно предложить ему игру «Чудесный мешочек».

Опыт нашей работы показывает, что такие занятия не только способствуют формированию пространственного восприятия у ребенка, но и повышают его психический тонус и поисковую активность.

Следующей задачей психологической коррекции детей с аутизмом является развитие у них моторных функций, особенно мелкой моторики. В специальном исследовании Р. К. Ульяновой было показано, что у детей с аутизмом имеют место своеобразные нарушения тонкой моторики рук. В соответствии с этим автором были предложены методы коррекции, заключающиеся в обучении детей рисованию.

Р. К. Ульянова разработала последовательную программу подготовки детей с аутизмом к усвоению графических навыков и письма. На *подготовительном этапе* коррекции автор выделяет следующие задачи [Ульянова, 1988]:

• установление и поддержание контакта с ребенком;

• организация целенаправленного поведения в процессе предметно-практической и

игровой деятельности;

- коррекция имеющихся двигательных нарушений у ребенка;
- развитие плавности и ритмичности движений;
- воспитание навыков самообслуживания;
- развитие зрительно-моторной координации и подготовка руки к письму. В *систему специального обучения* графическим навыкам аутичного ребенка

автор включает следующие направления работы:

- осуществление словесной регуляции его поведения;
- организация ориентировочно-исследовательской деятельности;
- проведение специальных пропедевтических упражнений.

Перед началом занятий целесообразно провести исследование особенностей развития графических навыков у детей с аутизмом по схеме, разработанной нами [Мамайчук, 1976].

Анализ особенностей развития у детей рисования необходимо проводить в двух направлениях:

- определение уровня развития графических умений;
- анализ качества изображения фигур.

Таблица 15 Оценка уровня развития графических умений

Оценки	Уровень развития графических умений	Особенности качества изображений
0	Не умеет правильно держать карандаш, наносит на бумагу неопределенные линии	Изображение отсутствует или проводятся линии и точки, не имеющие сходства с объектом
1	Умеет правильно держать карандаш и располагать руку при рисовании; проводит вертикальные и горизонтальные линии по опорным точкам	Изображение напоминает символический рисунок, имеющий отдельные элементы, сходные с объектом
2	Умеет регулировать движения в соответствии с задачей изображения, то есть правильно регулирует: а) силу нажима; б) амплитуду; в) темп рисовальных движений (изменяет его по инструкции)	В рисунке передается строение основной формы образца, но без некоторых существенных элементов
3	Умеет изменять направление графических движений: проводит линии, образующие угол, не отрывая карандаша от бумаги, совершает дугообразные движения	В рисунке достаточно верно и полно воспроизводится строение основной формы и дополнительных деталей образца, но не учитывается размер фигуры
4	Графические движения соразмеряет с заданной длиной или высотой отрезка, рисует короткую или длинную линию по словесной инструкции и по образцу	Изображение с сохранением размера заданной фигуры
5	Движения соизмеряет с высотой и формой заданных изображений предметов, рисует прямоугольники с образца-рисунка, большой и маленький круг и квадрат по словесной инструкции и по образцу	Изображение с сохранением размера и объема заданной фигуры

Здоровые дошкольники успешно справляются с первыми тремя заданиями, а отображение в рисунках размера фигур еще вызывает у них некоторые затруднения. Рисунки детей с тяжелой формой аффективной патологии отличаются от рисунков их

здоровых сверстников, как по качеству изображения, так и по технике рисунка.

Мы проводили специальные занятия по формированию графических навыков у детей с аутизмом по программе, разработанной нами для детей с церебральным параличом, но модифицированной для данной клинической группы. [Мамайчук, 1976]. Занятия были разделены на четыре основных этапа.

Первый этап формирования графических навыков у детей-аутистов

Цель. Обучение элементарным графическим навыкам, развитие умения проводить прямые линии в вертикальном и горизонтальном направлении по опорным точкам.

Материал. Цветные граненые карандаши или фломастеры, альбом для рисования. (Если ребенок с аутизмом отказывался работать с карандашом, мы предлагали ему доски, обмазанные пластилином, или ребенок обмазывал палец краской и рисовал с помощью него.)

Руководство. Психолог или педагог показывает ребенку, как правильно держать карандаш, располагать руку в процессе рисования.

Задания

1. Рисование «ниточек» по опорным точкам в вертикальном направлении (рисование разноцветных, коротких, длинных отрезков).
2. Рисование «дорожки» по опорным точкам в горизонтальном направлении (короткие, длинные отрезки).
3. Рисование геометрических фигур по опорным точкам: квадрат, треугольник, ромб и др.
4. Рисование дома с забором и деревом по опорным точкам.

Методические требования к занятиям первого этапа

1. Опорные точки наносятся на бумагу до занятия.
2. На первых занятиях следует обращать внимание детей на правильное расположение карандаша в руке и положение руки в процессе рисования.
3. Занятия по рисованию рекомендуется проводить в небольшой группе (по 2—3 человека).
4. Продолжительность и количество занятий должны варьироваться в зависимости от динамики формирования графических умений у ребенка.
5. Рекомендуется поощрять ребенка за успешное выполнение заданий, а также даже за минимальную активность. Рисунок ребенка следует повесить на видное место и на последующих занятиях обращать его внимание (а также внимание других детей, если занятия проводятся в группе) на результаты предыдущей работы.

После того как дети овладеют элементарными изобразительными движениями, рекомендуется формировать у них изобразительные движения по следующим параметрам: скорости, направлению, темпу, амплитуде.

Второй этап формирования графических навыков у детей-аутистов

Цель. Обучение произвольному управлению графическими движениями.

Материал. Альбом для рисования, утолщенные граненые карандаши, фломастеры, трафареты, изготовленные из пенопласта или картона, изображающие геометрические фигуры и фигуры животных.

Руководство. Педагог показывает ребенку, как укреплять трафарет, обводит контур фигуры и затем закрашивает ее. При обведении контура фигуры движения должны быть медленными, а при закрашивании — быстрыми.

Задания

1. Рисование и окраска по трафаретам квадрата и прямоугольника.
2. Рисование и окраска по трафаретам круга и овала.
3. Рисование и окраска по трафаретам треугольника и ромба.
4. Рисование и окраска по трафаретам флажков, неопределенных фигур разной величины.
5. Рисование и окраска по трафаретам фигур животных.

Методические требования к запятиям второго этапа

1. Необходимо следить за тем, чтобы дети обводили контур фигуры медленно, а закрашивали фигуры быстрыми, размашистыми движениями.

2. Окраску необходимо проводить в соответствии с формой фигуры. Например, круг необходимо закрашивать круговыми движениями, а квадрат прямыми линиями, треугольник — наклонными.

3. Обязательно следует научить детей произвольно регулировать силу нажима.

4. Перед началом рисования предварительно совместно с ребенком должен проводиться анализ фигуры трафарета. Необходимо учить детей обводить ее контуры указательным пальцем.

5. В процессе занятия обязательно включать в работу вторую руку для удерживания трафарета на листе бумаги.

6. Занятия должны проводиться в указанной последовательности. Рекомендуется вешать рисунки детей на видное место, поощрять их активность. Если дети по-прежнему отказываются рисовать карандашами и фломастером, можно им предложить рисовать пальцем, однако необходимо соблюдать указанные выше требования, а именно регулировать темп и силу нажима.

Рисование по трафаретам, когда ребенок видит конкретный результат своей работы, повышает мотивацию ребенка к рисованию и является важным этапом обучения детей графическим навыкам. После того как дети овладеют элементарными графическими движениями, научатся произвольно регулировать их в зависимости от формы изображаемого предмета, рекомендуется переходить к рисованию предметов с натуры.

Третий этап формирования графических навыков у детей-аутистов

Цель. Обучение рисованию объектов с натуры.

Материал. Альбом для рисования, цветные карандаши, геометрические фигуры, разделенные на несколько частей, объемные фигуры, разделенные на части (катушка, яйцо, пирамидка и пр.). На данном этапе обучения ребенок должен широко использовать графические умения, приобретенные в процессе рисования предметов на предыдущих занятиях.

Руководство. Педагог перед началом рисования совместно с ребенком обследует образцы и предлагает ему сконструировать их из готовых блоков. Например, при рисовании катушки ребенок складывает целую фигуру из двух частей, обследует ее и после этого приступает к рисованию.

Задания

1. Рисование «дорожки», предварительно построенной ребенком из кирпичиков разного цвета. Рисование квадрата, треугольника и прямоугольника, предварительно построенных из палочек одинаковой величины.

2. Рисование геометрических фигур, предварительно сложенных из частей.

3. Рисование «домиков», предварительно сложенных из геометрических фигур.

4. Рисование разноцветных «воротиков» (одно- и двухъярусных), предварительно сконструированных из блоков разной величины.

Методические требования к занятиям третьего этапа

1. Занятия этого этапа рекомендуется проводить с ребенком индивидуально. Если ребенок испытывает затруднения в процессе конструирования предметов, следует сначала напомнить ему приемы конструирования, а затем перейти к их демонстрации.

2. Следует сопоставлять изображенный ребенком предмет с образцом.

3. Продолжительность данного цикла занятий зависит от индивидуальных особенностей ребенка.

4. Необходимо постоянно поощрять активность ребенка.

Четвертый этап формирования графических навыков у детеи-аутистов

Цель. Обучение детей изображению предметов с натуры, рисованию предметов по

замыслу и представлению, развитие способности выделять в своих рисунках пространственные характеристики предметов: форму, величину, направление — как после зрительного, так и после осязательного их обследования.

Материал. Цветные карандаши, альбом для рисования. Предметы одинаковой фактуры (из дерева): куб, пирамидка, матрешка, груша и пр. Пластмассовые бусы на ниточке, плоские картонные или деревянные модели яблока, банана, огурца и пр.

Руководство. Психолог предлагает ребенку сначала ощупать фигуру, словесно описать ее, а затем нарисовать. В случае затруднений при назывании фигуры рекомендуется обследовать ее зрительно и затем приступать к рисованию.

Задания

1. Рисование яблока, груши с натуры с предварительным их обследованием с помощью зрения и осязания.
2. Рисование бус на ниточке после осязательно-зрительного восприятия.
3. Рисование катушки, пирамидки после осязательного и зрительного восприятия.
4. Рисование куба, шара после осязательного восприятия.

Методические требования к занятиям четвертого этапа

1. Рекомендуется проводить занятия с детьми индивидуально ил и в небольшой группе численностью 1—2 человека.
2. Обязательно сохранять указанную выше последовательность заданий. Следует добиваться, чтобы дети в процессе осязательного и зрительного восприятия образцов проводили их тщательный анализ, верно называли их существенные признаки.
3. Важно напоминать детям, как нужно закрашивать рисунок: горизонтальные, вертикальные, круговые линии.
4. Обязательно перед началом рисования предлагать детям воспроизвести форму фигуры движением руки.
5. В конце занятий необходимо совместно с ребенком сопоставлять его рисунки с образцом.
6. Рекомендуется дублировать занятия в домашних условиях, активно поощрять ребенка, развешивать его рисунки, показывать их родным и знакомым.

Развитие моторных, перцептивных и интеллектуальных функций в ходе **обучения предметно-практическим манипуляциям** детей с тяжелой степенью аффективной патологии рекомендуется осуществлять в рамках занятий с использованием системы М. Монтессори.

Методической основой для использования дидактического набора М. Монтессори в психокоррекционной работе с детьми с аутизмом является ее направленность на качественное развитие психических функций. Занятия проводятся индивидуально или в небольшой группе детей. Время занятий колеблется от 30 до 60 минут. Отношения между психологом и ребенком регулируются следующими положениями:

1. Ребенок стимулируется к активной самостоятельной работе с помощью специальных подготовительных упражнений.
2. Психолог предоставляет ребенку свободу выбора материала для работы.
3. Выполнению заданий, в случае если ребенок не знаком с работой с ними, предшествует демонстрация. Психолог выполняет задание, показывает ребенку возможность контроля над ошибками и их исправления.
4. Во время демонстрации психолог не должен тормозить активность ребенка: если он активен и желает выполнить задание сам, необходимо помочь ему.
5. Во время работы с материалами позиция психолога сводится к активному наблюдению.
6. Темп работы и время, необходимое для выполнения упражнений, индивидуальны для каждого ребенка.
7. Допускаемые ребенком во время выполнения задания ошибки не корректируются психологом; возможно привлечение внимания ребенка к ошибке с целью ее

самостоятельной коррекции.

8. По окончании работы ребенок самостоятельно определяет, будет ли он повторять упражнение или начнет выполнять новое.

Обязательно соблюдение следующих требований к коррекционным упражнениям по системе Монтессори:

I. Упражнения должны иметь связь с реальной деятельностью; цель их выполнения должна быть ясна и понятна ребенку.

2. Упражнения должны предъявляться с постепенно возрастающей сложностью.

3. Начальные упражнения по развитию сенсорных и элементарных практических навыков должны содержать возможность «механического контроля» допускаемых ошибок.

4. Материал для упражнений должен быть аффективно привлекательным для ребенка, иметь цветовую кодировку.

Опыт нашей работы показал высокую эффективность занятий по системе Монтессори с детьми с тяжелыми формами аффективной патологии и интеллектуальных нарушений. Однако, учитывая гиперчувствительность аутичных детей, для них, прежде всего для детей с тяжелой степенью аффективной патологии, мы подбирали не очень яркий материал и предлагали преимущественно неструктурированные материалы, а также аффективно значимые для детей предметы: камушки, веревочки, палочки и пр.

В процессе обучения детей предметно-практическим манипуляциям целесообразно проводить такие занятия, как подбор предметов по образцу, группировка предметов по образцу и по разным свойствам. Можно предложить детям разнообразные игры типа «Разложи игрушки по домикам» и пр.

Особое коррекционное значение имеют игры, направленные на использование вспомогательных средств. В процессе таких игр перед ребенком ставятся следующие задачи: выявить внутренние связи предмета, проанализировать условия практической задачи, найти выход из проблемной ситуации, учитывая особенности ситуации и применяя в соответствии с ними соответствующие вспомогательные средства и способы действия. Умение справляться с решением подобных задач формируется в ходе разнообразных игр на доставание нужного предмета с помощью вспомогательных средств (веревки, палки и пр.).

В таблице 16 представлены игры-занятия с предметами-орудиями, которые можно использовать в психркоррекционной работе.

Основной целью психокоррекции на следующем этапе является обучение детей оперировать представлениями и находить правильный выход, не прибегая к практическим действиям с объектами. Умение ребенка действовать в уме, оперируя представленными образами, является одним из важных аспектов наглядно-образного мышления. Оно развивается в процессе разнообразных психотехнических игр с использованием картинок. Например, дается задание достать предмет, изображенный на картинке. Психолог предлагает ребенку картинку и просит рассказать, как мальчик будет доставать воздушный шар с высокого шкафа в комнате.

Одна из наиболее сложных проблем, стоящих перед психологами и педагогами при работе с детьми-аутистами, — переход от наглядно-чувственного познания к словесно-логическому. Опыт нашей работы показал, что с детьми с легкой степенью аффективной дезадаптации целесообразно проводить пси-хокоррекционные занятия по формированию элементарных логических операций: обобщения, анализа, синтеза. В качестве предпосылки развития логических операций мы выбрали формирование у детей операции сравнения. Прежде всего, мы опирались на исследования отечественных и зарубежных

Таблица 16 Система игр-запятий с предметами-орудиями

1. Игры и занятия со вспомогательными предметами		
Содержание	Переместить тележку за тесемку. Переместить каталку при	Придвинуть игрушку палкой к себе. Вытолкнуть игрушку палкой из трубы

	помощи рукоятки	
Сенсорные процессы	Восприятие соперемешения предметов	Восприятие предметов в динамике их перемещений. Различение формы предметов, их пространственного расположения, развитие глазомера
Мыслительные процессы	Обнаружение и использование статических межпредметных связей	Установление результативной динамической связи между предметами (с учетом их формы и расположения)
Моторика	Удержание тесемки двумя руками. Движения рук к себе	Координированные движения обеих рук
2. Игры и занятия с простейшими предметами-орудиями		
Содержание	Катать тележку с помощью палки с кольцом. Достать фигурку из коробки с помощью специальной ложки	Копать, насыпать в формочки и утрамбовывать крупу или песок
Сенсорные процессы	Восприятие предметов в динамике. Развитие глазомера. Восприятие и сопоставление форм	Восприятие предмета в динамике результативных изменений в предмете
Мыслительные процессы	Установление результативной динамической связи	Установление продуктивной динамической связи между несколькими предметами
Моторика	Координированные движения рук	Координированные и последовательные движения обеих рук
3. Игры-занятия с предметами-орудиями, имитирующими орудия труда		
Содержание	Забить молотком колышки или втулочки	Завинтить винты вручную и с помощью отвертки. Собрать каталку вручную и с помощью отвертки
Сенсорные процессы	Восприятие предмета в динамике результативных соперемешений, воздействий и изменений. Выделение части и целого. Соотнесение форм	Восприятие изменений результативного характера. Соотнесение формы, различение частей и целого. Выделение специфичного в предмете
Мыслительные процессы	Установление продуктивной динамической связи между несколькими предметами, для того чтобы затем объединить их в целое с помощью орудия	Установление продуктивной динамической связи между предметами с целью их обьединения
Моторика	Соподчиненное движение рук с выделением «рабочей» и «вспомогательной» функции	Соподчиненные координированные движения рук

психологов, в которых было показано, что умственно отсталые школьники способны овладевать алгоритмом сравнения и учиться применять его в зависимости от ситуации [Петрова, 1968; и др.].

Занятия проводятся поэтапно.

Первый этап — обучение ребенка сравнению предметов с помощью анализа их элементов. Психолог совместно с ребенком анализирует различия в предметах по отдельным признакам. Например, при сравнении коровы и козы психолог обращает внимание на их различия (величина, длина рогов, цвет и пр.).

Второй этап — обучение ребенка сопоставлению отдельных признаков объектов в зависимости от определений «одинаковый — различный». Например, психолог показывает ребенку картинки животных и просит определить, что в них одинаковое и чем они отличаются друг от друга.

Третий этап — обобщение сравниваемых признаков. Например: найди и сложи в одну группу подходящие друг к другу картинки, игрушки и пр.

Психолог может заниматься отдельно с каждым ребенком либо объединять детей в небольшие группы. Занятия проходят в игровой форме с использованием предметно-практических манипуляций. Например, ребенок сравнивает различия между геометрическими формами, после чего для закрепления усвоенного раскладывает их в соответствующие ячейки.

Психокоррекция речевого развития является одним их важнейших направлений работы с детьми, страдающих ранним детским аутизмом. Ребенку с аутизмом, особенно в дошкольный период, необходима профессиональная помощь логопеда. Однако только логопедической помощи по формированию речи и, прежде всего, коммуникативного поведения ребенку с аутизмом далеко не достаточно.

В психолого-педагогической литературе представлены некоторые программы и методики развития речи у детей с аутизмом. Например был предложен метод речевого оперантного обусловливания, который представляет собой ступенчатую технику, направленную на развитие у детей вокализации, имитации произношения, понимания значения слов, на стимулирование использования экспрессивной речи для обозначения предметов [Kiernan, 1983]. Основной задачей данного подхода является обучение детей, страдающих аутизмом, более спонтанно и более функционально использовать речь в повседневных жизненных ситуациях. Кроме того, для формирования коммуникативных навыков автор предлагает обучение детей языку жестов. В работах отечественных авторов разработаны методы обучения детей с аутизмом пониманию речи, навыкам чтения и письма, активному использованию речи [Морозова, 1990; Никольская, 1995; и др.).

Важным звеном в формировании речи у детей с аутизмом является развитие потребности в речевом общении. С этой целью могут использоваться недирективные и директивные методы речевой терапии.

К *недирективным методам* относятся методы стимуляции речевой активности, например метод, построенный на использовании имеющихся у ребенка вокализаций.

Дети с аутизмом нередко на пике эмоционального подъема могут издавать какие-то звуки, постоянно повторять их, использовать их как средство ауто-стимуляции. Для каждого ребенка набор таких «любимых» звуков достаточно ограничен — часть из них может напоминать лепетную речь (произнесение отдельных слогов: «ка», «би» и пр.), иногда это стереотипное повторение одного и того же звука с определенной вокализацией. Психологу необходимо «подключиться» к ребенку и повторять вместе с ним эти звуки или слоги, стараясь соблюдать определенный темп и ритм, заданные ребенком. Такой способ усиления речевой активности используют родители здоровых младенцев с целью усиления речевой активности.

Как правило, эхолалии появляются у ребенка с аутизмом на фоне эмоционального подъема, особенно когда он вовлечен в аффективно значимую для него деятельность. В процессе занятий или общения с ребенком необходимо повторять его аффективно значимые слова или фразы. Например, при раскачивании в одеяле можно повторять такие слова, как «кач, кач»; при игре с водой, которую так любят дети с аутизмом, — «кап, кап, плюх», или «хлоп, хлоп» — при игре в хоровод.

На следующем этапе психолог стремится внести произносимые ребенком звуки в смысловой контекст происходящего в настоящий момент. Для этого, когда ребенок произносит свой стереотипный звук или слог, взрослый дополняет его в соответствии с ситуацией.

Пример

На занятиях 5-летний Петя стереотипно произносил слово «оля». Психолог повторял за ним это слово, показывая на Олю, студентку, которая помогала психологу в проведении групповых занятий: «Оля, Оля, подойди к Пете, он тебя зовет. Когда Оля подошла к Пете, он схватил ее за руку и несколько раз осмысленно произнес: «Оля». Родителям было рекомендовано соотносить это слово с телефонным звонком, с песенкой, со словосочетанием «О-ля-ля, как хорошо, какой хороший мальчик Петя».*

При постоянном использовании такого рода приемов ребенок постепенно начинает все чаще произвольно использовать «эхолаличные слоги и словосочетания» и соотносить их с конкретной ситуацией.

Для развития коммуникативных функций речи рекомендуются различные эмоционально насыщенные игры, например игра «Прятки». Они хорошо подходят для использования родителями в общении со своим ребенком.

Игра «Прятки»

Ход игры. Накиньте платок себе на голову. Спросите ребенка: «Где мама?» — или — «Где я?», «Куда мама спряталась? Найди маму».

Если ребенок испугался, снимите платок и похвалите ребенка. Если ребенок снял с вас платок, скажите ему эмоционально: «Вот и я» — и обязательно похвалите ребенка. Затем попробуйте накинуть платок на ребенка, как будто он спрятался сам, приговаривая: «А где Вася, куда он убежал?» Снимите платок: «Вот где наш Вася!» Можно придумывать разные варианты такой игры.

Опыт нашей работы показывает, что на первых порах дети могут проявлять страх. Если они играют с психологом, то могут убегать от него. В случае когда ребенок отказывается играть, можно продолжить эту игру с другим участником группы либо предложить ребенку поиграть с косынкой, надеть ее на голову куклы, психолога и пр.

Непосредственному формированию речи у детей с помощью *директивных методов* развития речи должна предшествовать работа по развитию слухового, зрительного, тактильного восприятия, внимания, памяти, мышления, а также работа по формированию у ребенка потребности в общении. При решении этих задач используются специально подобранные различные игры и упражнения.

Формирование у детей с аутизмом слухового внимания осуществляется посредством прослушивания ими неречевых звуков.

Игры в звучащие игрушки ***Вариант 1***

Ход игры. Психолог показывает ребенку игрушку, издавая с помощью нее звуки. Затем психолог прячет игрушку и предлагает ребенку найти ее по звуку. Например, психолог может нажимать на игрушку-пищалку ногой и при этом демонстрировать жест «Где?», разводя руками и сопровождая жест поворотом головы и соответствующей мимикой.

На следующих этапах у ребенка вырабатываются ассоциативные связи между другой игрушкой и ее звучанием. Например, ему предлагается сделать выбор одной из двух звучащих игрушек.

Вариант 2

Ход игры. Психолог закрывает от ребенка игрушки и издает звучание одной из них, затем показывает игрушки и спрашивает, какая из них звучала. Можно задать ребенку вопрос в словесной форме или в форме жеста.

На последующих занятиях можно предложить ребенку задания на разли-чение звуков. Когда ребенок научится дифференцировать звучащие игрушки, можно начинать работу по различению речевых звуков. При этом необходимо продолжать работу по различению неречевых звуков. Для дальнейшего формирования слухового внимания и восприятия можно научить детей различать бытовые звуки — шуршание, переливание: воды, скрип двери и пр. [Смирнова, 2006].

Для того чтобы обучить ребенка различать речевые звуки, нужно сформировать у него, ассоциативную связь между речевым звуком и предметом. Например, можно

совместно с ребенком, поиграть в паровозик, сопровождая эту игру звуком «у-у-у», с машинкой, сопровождая ее движения произнесением слогов «би-би». Далее ребенку показывают две игрушки, произносят звук «у-у-у», и с помощью жеста спрашивают, к какой игрушке этот звук относится. Таким образом, у ребенка формируется первичный словарь: «бух», «дай», «на», «киса» и пр.

Для стимуляции эхолалий можно записывать их на магнитофон и затем проигрывать. Опыт нашей работы показал эффективность использования магнитофонных записей для стимуляции речевой активности.

В процессе общения с аутичными детьми необходимо избегать прямой стимуляции речи, то есть не следует обращаться к ребенку с просьбами: «скажи», «повтори», «ответь».и пр. Это может спровоцировать у него негативные реакции и усилить мутизм.

Некоторые специалисты предлагают применять невербальное или альтернативное общение с использованием взгляда, указательного жеста и пр.

Общение посредством взгляда возможно с ребенком уже на самых ранних стадиях развития. Например, Д. Стерн [Stern, 1974] отмечал, что младенцы уже в три-четыре месяца способны контактировать с близкими людьми посредством взгляда. Сначала у ребенка формируется способность задерживать взгляд на предмете, а в девять месяцев ребенок может указать взглядом на желаемый предмет и взглядом дать понять, что ему необходим этот предмет. Взгляд является Первичным средством обмена информацией. У детей с аутизмом, особенно с тяжелой степенью аффективной дезадаптации, наблюдается «плавающий» взгляд, то есть ребенок смотрит в сторону и поймать его бывает чрезвычайно трудно.

Для формирования у детей с аутизмом способности общаться посредством взгляда следует использовать различные приспособления и психотехнические приемы. Например, психолог надевает на себя многослойный жилет типа короткого фартука. Поверхность жилета представляет собой наборное полотно с прозрачными карманами, в которых находятся аффективно значимые для аутич-ного ребенка предметы: камушки, бутылочки, веревочки. Психолог подходит к ребенку в фартуке, так чтобы он сосредоточил свой взгляд на предметах, заинтересовавших его. Психолог, зафиксировав взгляд ребенка на интересующем его предмете, предлагает ему взять этот предмет. Такой прием стимулирует активность ребенка и способствует улучшению визуального контакта с ним.

Альтернативным способом общения может быть язык звуков. Такой прием используется в обычной речи: звук «о» может обозначать восторг, удивление, настороженность, «у» — ожидание предстоящей поездки, «а» — вопрос. Можно использовать неречевые звуки, такие как звонок, пищалка, стук, скрежет и пр., придав им особое значение. Следует помнить о том, что, чем сильнее выражена степень аффективной патологии у ребенка, тем более индивидуальной должна быть система его Коммуникаций.

Особую популярность, особенно в зарубежной психологии, при Обучении коммуникативной речи приобрел *метод пиктограмм.* Черно-белые изображения используются для обозначения определенных предметов, замещая слова и даже фразы. Психолог при общении с ребенком указывает на пиктограммы, сопоставляет их с реальным объектом и называет с определенной интонацией.

Можно использовать коммуникативные или лингвистические доски, которые впервые использовались в работе с детьми с церебральным параличом [Смирнова, 2006]. Коммуникативные доски разрабатываются индивидуально для каждого ребенка, с учетом степени тяжести его аффективной дезадаптации, перцептивных, лингвистических и интеллектуальных возможностей.

На первом этапе создаются доски, в которые включено небольшое количество крупных, реалистических цветных изображений или фотографий, среди которых могут быть чашка, кровать, туалет, телевизор и пр. Кроме того, можно разместить на них фотографий людей, которые общаются с ребенком: Необходимо учить ребенка отвечать на вопросы показом изображения. Например, мы видим, что ребенок хочет пить,

подбегает к крану или чайнику. Мы берем его за руку и показываем его пальцем изображение кружки, а потом даем ему немного пить. Если ребенок хочет еще, он должен показать пальцем на изображение кружки.

По мере освоения навыков работы с доской ее содержание меняется: возрастает количество картинок и сокращается их размер.

Следующим этапом в работе с коммуникативными досками является добавление подписей к картинкам, что способствует усвоению чтения. Одновременно осуществляется постепенный переход к более абстрактным, схематичным изображениям. Наряду с отдельными словами, на доске размещаются фразы: «Как дела?», «Я тебя люблю», «Ты красивый, умный, хороший» и пр. Далее изображения убираются, остаются лишь подписи к ним.

Важным компонентом работы с коммуникативными досками является постоянное создание ситуаций общения, мотивации к общению, положительных эмоций, связанных с общением. Использование коммуникативных досок направлено не только на развитие коммуникативной речи, но и на эмоциональное, социальное и интеллектуальное развитие ребенка.

В нашей практике мы использовали письменную речь как средство коммуникации для детей с аутизмом. Около каждого предмета располагалась карточка с его письменным обозначением. Психолог обращал внимание ребенка на предмет и соответствующую карточку. Затем постепенно предмет убирался из поля зрения ребенка, в то время как карточка оставалась. Теперь уже на вопрос психолога: «А где ложка?» — ребенок должен был показывать карточку. Постепенно у ребенка формировалось глобальное чтение, появлялась возможность общения с ним с помощью карточек.

В настоящее время для оптимизации речевых функций используется компьютер с голосовым генератором. Используя обычный набор ключевых слов на компьютере или запуская запрограммированный переключатель на доске, человек с ограниченными возможностями устной речи может производить звучащую речь. Применение такой техники доступно детям с легкой степенью аффективной дезадаптации, имеющим речевые проблемы.

Перед началом обучения ребенка работе с компьютером его следует научить использовать магнитофон. На магнитофонную ленту, применяемую в автоответчиках, записывается несколько раз подряд одна и та же фраза. Магнитофон с этой записью помещают в пластиковый контейнер с выключателем на крышке. Сверху на контейнер прикрепляется картинка, иллюстрирующая содержание фразы (например, «чашка» иллюстрирует фразу «Я хочу пить»). Когда ребенок нажимает на кнопку выключателя, звучит записанная фраза. Затем предлагаются два магнитофона с разными записями, и у ребенка появляется возможность выбора. Далее ребенку можно предложить компьютер с синтезаторами речи [Смирнова, 2006, с. 112—114].

Следует подчеркнуть, что несмотря на то, что формирование альтернативных средств общения является значимым компонентом психокоррекции речевых нарушений у детей с аутизмом, оно все же не является определяющим. Главная задача, стоящая перед психологом, — формирование у ребенка с аутизмом потребности речевого общения с помощью целенаправленной коррекции его аффективной дезадаптации.

На втором этапе ребенок выполняет функциональные действия — действия с предметом, строго соответствующие его функции.

Третий этап начинается с момента возникновения символических действий, при которых ребенок использует предмет «свободно», осознавая при этом его истинную функцию.

Переход от манипулятивных действий с предметами к функциональным происходит после полутора лет, а уже к концу первого — началу второго года жизни функциональные действия сменяются символическими.

В процессе *предметно-практической деятельности* традиционно выделяются два

основных типа действий:

• соотносящие, основной целью которых является соотнесение нескольких предметов или их частей с учетом присущих им пространственных взаимоотношений (матрешки, пирамидки и т. д.);

• орудийные, при которых предмет используется со вспомогательной целью, то есть в целях оказания воздействия на другой объект.

По мнению Б. Д. Эльконина [1978], предметно-манипулятивная деятельность ребенка в большей степени направлена на развитие познавательной сферы и ориентировки в сфере предметной действительности, чем на развитие социальных взаимоотношений.

В начале третьего года жизни у ребенка появляется *сюжетно-отобразительная игра,* в процессе которой он воспроизводит отдельные сюжеты повседневной жизни с использованием предметов-заместителей (кубиков, палочек, игрушек и др.). Формирование сюжетно-отобразительной игры предъявляет высокие требования к воображению, фантазированию ребенка. Дальнейшее развитие таких игр служит важной предпосылкой для формирования сюжет-но-ролевой игры.

Сюжетно-ролевая игра ребенка отражает логику жизненных событий, реконструируя которые ребенок в состоянии взять на себя роль другого человека. Сюжетно-ролевая игра активно формируется у ребенка в дошкольный период. Она направлена на развитие личности ребенка, его ориентировку в сфере общения, освоение норм человеческих взаимоотношений.

Дети могут долгое время играть с любимой машинкой, куклой и другими предметами, воспроизводя в этой игре действия окружающих. В процессе сюжетно-ролевой игры они объединяются в небольшие группы (2—3 человека). Продолжительность групповой игры может варьировать от 10 до 30 минут. В пятилетнем возрасте у детей отмечается устойчивый интерес к игре, у каждого ребенка к этому моменту появляются любимые игры и любимые роли. Сюжет игр приобретает наибольшую яркость, полноту, выразительность. Дети отдают предпочтение групповым играм. В конце дошкольного возраста ребенок уже может составить план игры, проанализировать, обобщить свою игровую деятельность. Дети в этом возрасте могут играть по несколько дней, обогащая замысел игры. Так в процессе игры ребенок усваивает социальные связи и отношения, активно познает окружающую действительность.

В исследованиях зарубежных авторов выделяются три вида игры в раннем детском возрасте [Wing, 1985]:

• стереотипная («stereotyped») игра;

• несимволическая («non-symbolic») — игра, включающая повторяющиеся стереотипы, то есть представленная повторяющимися действиями с недостатком новых идей;

• символическая («symbolic») — игра, построенная на действиях, которые условно создают впечатление, что отсутствующая вещь присутствует. Например, когда ребенок ест понарошку, используя при этом жесты, и т. д. К этой группе также относятся функциональные действия, такие как причесывание волос куклы при помощи кукольной расчески.

Унгерер и Сигман, наблюдая за игрой здоровых детей, выделили следующие вида игры [Ungerer, Sigman,1983]:

1. Простая манипуляция («simple manipulation»): облизывание, размахивание, хлопанье, ощупывание или бросание игрушек и предметов. -

2. Комбинационная игра («relational play») включает последовательное комбинирование и выстраивание предметов в ряд или друг на друга, а также использование какого-либо предмета как емкости для другого предмета (например, вкладывание матрешек одной в другую).

3. Функциональная игра («functional play») строится на реализации ребен-ком различных действий с игровыми предметами (например, с игрушечной расческой, ложкой,

чашкой и т. д.), учитывая их функциональные свойства.

Авторы выделяют несколько типов игровых действий, характеризующих функциональную игру ребенка:

• действия, направленные на себя (например, причесывание своих собственных волос игрушечной расческой);

• действия, направленные на куклу (например, Причесывание волос куклы)

• действия, направленные на другого человека (например, причесывание волос мамы);

• действия, направленные на предметы (например, размещение чашки на блюдце).

4. Символическая игра («symbolic play») имеет несколько вариантов: использование предметов-заместителей (например, использование банана как телефонной трубки); использование куклы как независимо действующего лица, то есть наделение куклы качествами живого человека (например, поддерживание бутылки в руке у куклы, как если бы она могла пить самостоятельно); создание в воображении предметов и людей, не существующих в непосредственном окружении (например, разговор по телефону).

На недоразвитие игровой деятельности детей с аутизмом обращали внимание многие авторы. Еще Л. Каннер отмечал ограниченную способность аутичт ных детей к игре [Kanner, 1943]. Другие авторы подчеркивали, что у детей с аутизмом игровая деятельность в основном сводится к однообразным действиям: пересыпанию, кручению, верчению, перекладыванию предметов, постукиванию предметом по предмету, обнюхиванию, облизыванию, обсасыванию предметов. Это однообразное повторение одних и тех же действий не несет смысловой нагрузки. Игра детей с аутизмом часто описывается как механическая, в которой отсутствует единство и внутренняя логика. Иногда игра сопровождается невнятной аутистической речью, не объединенной с игрой единым смысловым содержанием. По мнению ряда исследователей, игра аутичных детей обычно продиктована скорее привлекательностью объектов и их сенсорными свойствами или тем, как ими можно манипулировать, нежели их культурным и символическим значением. По мнению Р. Хобсон, те формы игры, которые требуют участия воображения, оказываются нарушенными в связи с недостаточностью когнитивной сферы аутичного ребенка [Hobson, 1986,1989].

В. Льюис и Дж. Ваучер [Lewis, Boucher, 1988] отмечают, что даже аутичные дети с высоким уровнем развития интеллекта играют специфическими способами. Целенаправленная символическая игра у аутичных детей младшего дошкольного возраста находится на низком уровне или отсутствует. Некоторые исследования указывают на отсутствие нарушений в «сенсомоторной» или «манипулятивной» игре детей с аутизмом. В то же время авторы отмечают, что аутисты предпочитают повторяющиеся стереотипные действия, а не разнообразное исследовательское поведение с игрушками.

Отечественные исследователи отмечают задержку и нарушения манипулятивной игры, которые проявляются в виде манипулирования лишь одной игрушкой, неигровыми предметами.

Исследования С. Барон-Коэн показали, что дети с аутизмом способны к функциональным играм [Baron-Cohen, 1987]. Автор связывает этот феномен со способностью детей-аутистов к имитационному (подражательному) поведению. Однако при более внимательном рассмотрении можно заметить, что их игры сводятся, главным образом, к буквальной имитации сцен из повседневной жизни, при этом дети с аутизмом всегда точно копируют одни и те же действия, без изменений, то есть игра носит стереотипный характер.

Большинство исследователей обращают внимание на нарушение символической игры у детей с аутизмом [Baron-Cohen, Leslie, Frith, 1985 и др.]. Л. Винги Дж. Голд [Wing, Gould, 198S] наблюдали символическую игру у небольшого количества детей с аутизмом. Их исследования показали, что даже те дети, которые вступали в символическую игру, играли в очень стереотипной манере.

«жалеет», приговаривая: «Бедная кукла, у нее заболела ножка, ручка, она упала с коляски». Оля внимательно смотрит на психолога. Психолог обнимает куклу и предлагает Оле пожалеть ее тоже. Оля гладит куклу. Психолог предлагает посадить куклу в коляску, дает Оле салфеточку, чтобы протереть кукле ножку. Оля выполняет это действие, затем вместе с психологом начинает катать коляску.

Любые, даже разрушительные, действия ребенка с аутизмом необходимо обыгрывать, то есть переводить в социально-приемлемые формы. Следует помнить, что ребенок с аутизмом в процессе игровой деятельности нуждается в постоянной помощи и поддержке со стороны взрослого. Однако эта помощь должна быть строго дозированной. В процессе игры необходимо давать ребенку возможность действовать самостоятельно, но в то же время умело направлять его активность. На начальных этапах игровой психокоррекции рекомендуется разыгрывать сюжеты с учетом аффективных интересов и переживаний ребенка.

Пример

Илюша, 5лет 8месяцев, очень любил железную дорогу и постоянно не прогулках тянул родителей к железнодорожной платформе, чтобы понаблюдать за движением электричек. Дома ребенок раскладывал кубики или другие предметы параллельно друг другу, повторяя слова «дорога», «рельсы».

Родители покупали ребенку игрушки с железнодорожной тематикой, но мальчик предпочитал играть с кубиками, блоками и другим неструктурированным материалом.

На первом занятии психолог построила «рельсы» из блоков строительного набора и предложила мальчику поиграть в железную дорогу. Илюша разрушил постройку и через некоторое время стал самостоятельно строить «рельсы» из разнообразных кубиков и блоков. Психолог похвалила мальчика за успешную постройку и предложила ему покатать поезд. Илюша охотно согласился. Психолог обратила внимание ребенка, что поезд идет неровно, может упасть, и предложила «починить дорогу». Мальчик не отреагировал на просьбу психолога и продолжал катать поезд. Кубики разлетались в разные стороны, на что мальчик никак не реагировал. Психолог начала строить, свою «железную дорогу» и водить по ней вагончик, приговаривая: «Наш вагончик хорошо идет, рельсы ровные, колеса крутятся». Илюша обратил внимание на постройку психолога, положил паровоз на построенные ей рельсы. Психолог толкала вагончик навстречу паровозу Илюши, сопровождала свои действия словами: «Вагончик встретился с паровозом». Илюша несколько раз самостоятельно направлял паровоз навстречу вагончику, при столкновении улыбался и говорил: «Вот он». Игра длилась несколько минут, мальчик был оживлен, требовал, чтобы психолог толкала вагончик. После занятий психолог обратила внимание Ильюши, что вагончик и паровоз хорошо катились по рельсам.

На второе занятие мальчик принес свой паровоз с вагончиками. Психолог повторила игру. Илюша строил рельсы из блоков, откидывал кубики. После этого катал паровоз с вагончиками по рельсам.

На третьем и последующем занятиях игровые задачи постепенно усложнялись. В игру включались пассажиры, машинист, которые выполняли определенные роли. Например, кот Мурзик был пассажиром, а кукла Петя — машинистом. Поезд двигался после сигнала колокольчика, останавливался после сигнала трубы.

В ходе дальнейших занятий ребенку предлагалось самому исполнять роль машиниста, кондуктора, пассажира.

Особые трудности дети с аутизмом испытывают при создании игрового образа, без которого невозможно дальнейшее развитие сюжетно-ролевой игры. В процессе сюжетно-ролевой игры ребенку уже необходимо уметь реализовывать свои замыслы, подчиняться определенным правилам. Произвольность и осознанность данного вида игры проявляется в том, что ребенок создает игровой образ и использует его в различных игровых ситуациях.

Как уже отмечалось выше, дети третьей и четвертой групп, по классификации О. С. Никольской, характеризуются большей произвольностью поведения. В отличие от детей первой и второй групп, они имеют более сложные формы аффективной защиты. Например» у детей третьей группы способы аффективной защиты представлены в виде патологических влечений, компенсаторных фантазий. У них более высокий уровень развития речи. У детей четвертой группы аффективная защита может проявляться в неврозоподобных реакциях, таких как высокая тревожность, страхи. Коррекция эмоциональных нарушений у детей со средней и легкой степенью аффективной патологии вполне возможна в процессе сюжетно-ролевых игр.

На начальных этапах целесообразно проводить сюжетно-ролевые игры совместно с родителями или другими родственниками ребенка. Весь процесс направленной игровой психологической коррекции мы условно разделили на три основных этапа:

1) установочный;
2) ориентировочный;
3) реконструктивный (собственно коррекционный).

Основной целью *установочного этапа* является формирование у ребенка позитивной установки на процесс направленной игровой психокоррекции. В зависимости от тяжести аффективной патологии ребенка, этот этап включает в себя от трех до восьми занятий. На данном этапе перед психологом стоит основная задача: активизация игровой деятельности ребенка с использованием речевой инструкции. Типичная инструкция для ребенка может звучать следующим образом: «Посмотри, какие интересные игрушки, поиграй с ними».

В том случае, если ребенок не реагирует на речевую инструкцию, уходит или бездействует, психолог сам может начать игру, побуждая ребенка к подражанию его действиям. Например, кормит куклу, возит машинку, строит дом и пр. Если ребенок продолжает бездействовать, то можно совместно с ребенком завершить начатое игровое действие.

Работа может строиться следующим образом. Перед началом занятий психолог предлагает ребенку поиграть с разложенными перед ним куклами. Набор кукол должен быть разнообразным (как правило, он включает в себя кукол-животных, кукол-людей, несколько пугающих кукол, а также неструктурированные куклы — мы предлагали детям куклы, у которых была только одежда, но отсутствовало лицо, соответственно, ребенок мог определить пол куклы только по одежде).

Ниже приводится описание нескольких игр установочного этапа.

Игра 1. «Познакомимся»

Цели. Формирование у ребенка позитивного отношения к общению с психологом и с игрушками; развитие умения давать названия игрушкам, стимулирование потребности называть игрушки.

Оборудование. Кукла-кот, кукла без лица и кукла с лицом.

Ход игры. Ребенок сидит за столом. Психолог совместно с ним рассматривает лежащие на столе игрушки. Одевает их поочередно на руку, производит с ними отдельные действия. Затем он предлагает ребенку поиграть с одной из игрушек и дать ей имя. Например: «Какой красивый белый кот! Он умеет шевелить лапками, умеет мяукать... Дай ему ручку... Как мы его назовем?» Если ребенок не выражает страха и других аффективных переживаний, можно предложить ему надеть кота на руку и самостоятельно поиграть с ним. Так поочередно ребенку предлагаются другие игрушки. Куклу без лица можно предложить в последнюю очередь. Психолог задает вопрос: «Кто это, мальчик или девочка? Как мы ее назовем?» После этого ребенка просят поиграть самостоятельно с куклой без лица.

Как показывает опыт нашей работы, подавляющее большинство детей с аутизмом предпочитает игру с куклой без лица, в отличие от здоровых детей, которые выбирают «Кота» и «куклу с лицом», красивую машинку и пр.

Игра 2. «Поиграем с палочками»

Цели. Развитие у ребенка умения называть кукол по именам, выполняя с ними определенные действия (реальные и воображаемые).

Оборудование. Куклы, у которых уже есть имя, и разноцветные, палочки различной длины.

Ход игры. Ребенок сидит за столиком напротив психолога. Психолог берет палочку и предлагает ребенку вручить эту палочку кукле и назвать ее по имени. Затем психолог предлагает вручить палочки куклам с учетом величины и цвета. Если ребенок успешно выполняет эти задания, то задачи можно усложнить. Например: «Покорми палочкой куклу», «Причеши палочкой», «Порисуй палочкой».

Игра 3. «Куклы в лесу»

Цели. Дальнейшее формирование позитивного отношения к игре, обучение способам выполнения воображаемых действий с игровым материалом.

Оборудование. Куклы и настольные плоские фигурки деревьев.

Ход игры. Психолог вместе с ребенком рассматривает игрушки, расставляет лес, рассказывает, что сегодня куклы будут гулять по лесу. Предлагает ребенку выполнить эти действия. В ходе игры психолог спрашивает ребенка, кого он Хочет встретить в лесу, что люди делают в лесу. В заключение необходимо дать ребенку возможность самостоятельно поиграть в эту игру.

Кроме игр с куклами, можно предложить ребенку игры с машинками и строительным набором, игры с объемными фигурками людей, животных и пр. Подбор игр зависит от пола, возраста ребенка, степени его аффективной дезадаптации и, главное, от особенностей потребности ребенка в игре и уровня развития у него игровых действий.

В процессе проведения установочных игр психолог наблюдает, как ребенок относится к игре, к игрушкам, к психологу, наблюдаются ли у него предпочтения в выборе игр и игрушек. В ходе наблюдения за ребенком психолог фиксирует следующие особенности:

1. Соответствуют ли игровые действия возрасту ребенка и назначению иг-, рушки?
2. Наблюдаются ли стереотипные действия с игрушками?
3. Какова позиция ребенка в игре — активная, слабоактивная, пассивно-выжидательная?
4. Проявляет ли ребенок самостоятельность в процессе игры? 3. Каков уровень воображения у ребенка?

Недостаточность социального опыта аутичных детей, ограниченность их представлений об окружающем мире, особенно в сфере социального взаимодействия, негативизм, аффективная неустойчивость, страхи — все это определяет особенности их игровой деятельности. В процессе установочного эта-па занятий психолог анализирует эти особенности и на последующих этапах игровой психокоррекции предлагает игры с учетом их.

В процессе занятий ***ориентировочного этапа*** оцениваются эмоциональный фон, активность и самостоятельность ребенка, направленность его поведения, особенности эмоционального контакта с психологом.

Если на установочном этапе ребенку предлагалось сюжетно обыгрывать игрушки, то на ориентировочном этапе даются регламентированные задания, позволяющие анализировать процесс делового общения психолога с ребенком.

На этом этапе используются нижеследующие игры.

Игра «Катание разноцветных шариков»

Цели. Формирование делового общения психолога с ребенком в процессе совместной целенаправленной деятельности.

Оборудование. Детский столик, набор разноцветных шариков одинаковой фактуры и желобок.

Ход игры. Психолог направляет шарик в сторону ребенка, заставляя его катиться по

желобку, и просит его сделать то же самое. Затем психолог предлагает ребенку выбирать шарики по цвету и катать их. Если шарики падают на пол, следует каждый раз продолжать выполнение задания и не фиксировать внимание ребенка на этом.

Игра «Собачки»

Цели. Формирование у ребенка потребности в эмоциональном общении с психологом, развитие способности ребенка согласовывать свои действия с действиями психолога.

Оборудование. Детский столик, пять кастрюль разной величины, закрытые крышками. Внутри каждой кастрюли находятся собачки. (Количество кастрюль можно варьировать от двух до пяти, в зависимости от возраста ребенка.)

Ход игры. Психолог предлагает ребенку сесть за столик. Некоторое время психолог не вступает в контакт с ребенком, а наблюдает за его действиями около трех минут. Если ребенок проявляет интерес (начинает рассматривать кастрюли, открывает их), то психолог предлагает ребенку поиграть вместе. Если же ребенок сидит неподвижно, не проявляет самостоятельной активности, то психолог сам вступает с ним в контакт и предлагает посмотреть, что находится в кастрюльках. Открыв кастрюльки (самостоятельно или по просьбе психолога), ребенок обнаруживает там собачек. Психолог начинает активную игру с ребенком, предлагает вынуть собачек из кастрюль и повести их погулять. После «прогулки» каждая собачка должна вернуться в свой домик-кастрюльку. Затем психолог рассказывает ребенку небольшой рассказ и сопровождает его действиями: «Собачки поспали, отдохнули и опять просятся поиграть. Ребенок достает собачек из кастрюлек-домиков и самостоятельно с ними гуляет. Самостоятельная игра с собачками может повторяться несколько раз, при сохранении игровой ситуации и наличии эмоционально положительного настроя ребенка.

Для перехода к следующему этапу игровой психокоррекции психологом должна быть выполнена оценка эмоционального состояния ребенка в соответствии с обнаруженными им особенностями контакта с психологом или с куклой. С этой целью используются игры, включающие в себя изменение стиля общения с включением оценочных суждений психолога.

Игра «Почему так поступил Мурзик?»

Цели. Активизация эмоционального общения с психологом, стимулирование оценки ребенком Поведения игрового персонажа.

Оборудование. Игрушка из набора кукольного театра, строительный набор (одноцветные блоки).

Ход игры. Психолог надевает игрушку на руку и предлагает ребенку поздороваться с котом. Психолог: «Кот Мурзик добрый, но бывает очень вредным, делает все наоборот. Давай с тобой построим дом». Ребенок строит постройку из предложенного строительного набора. Кот Мурзик разрушает ее. Психолог делает замечание Мурзику и предлагает ребенку снова построить дом. Если ребенок отказывается строить, то психолог выполняет это сам, и кот Мурзик снова разрушает постройку. Психолог спрашивает ребенка: «Почему так поступил Мурзик? Правильно он сделал или нет?»

В ходе игры с ребенком на ориентировочном этапе психолог оценивает специфику его адаптивного поведения, то есть особенности преодоления стрессовых ситуаций в процессе игры. В основе анализа лежат оценки (отрицательные или положительные) интенсивности эмоциональных реакций ребенка и их специфики.

Условно мы разделили детей на пять групп в зависимости от эмоционального отношения к игровым ситуациям на ориентировочном этапе (см. табл. 17).

На *реконструктивном этапе* решаются следующие задачи:

1. Расширение сферы социальных взаимодействий ребенка.
2. Коррекция аффективных переживаний (таких как страх, тревога) и проявлений (агрессивные и аффективные реакции).

К данному этапу занятий допускаются дети, которые успешно прошли установочный

и ориентировочный этапы занятий.

Таблица 17 Эмоциональные реакции детей с аутизмом на игровые ситуации ориентировочного этапа психологической коррекции

Группа	Специфика реакций	Рекомендации
Первая	Отсутствуют эмоциональные реакции и активность ребенка в процессе игровых занятий. Уходит от занятия, проявляет равнодушие к игрушкам, не пытается брать их в руки, не смотрит на них	Не следует продолжать занятия в данной форме, необходимо предложить ребенку участие в групповом взаимодействии. Ребенок вначале будет пассивно наблюдать за тем, как психолог занимается с другим ребенком, и постепенно включится в игровой процесс
Вторая	В процессе игровой психокоррекции отмечаются негативные реакции. Ребенок отказывается сидеть за столом, разбрасывает игрушки, пытается уйти из игровой комнаты, но при этом вновь возвращается. Такое поведение ребенка можно рассматривать как «разрушительную активность»	Психолог должен подстроиться под интересы и потребности ребенка и перестроить занятия, например организовать занятия не за столом, а на полу. Необходимо обыгрывать разрушительные действия ребенка. Например: кидать шарики с восклицаниями, играть в мяч, прыгать, стучать по полу или стенке (птички клюют зернышки). Можно использовать детское пианино, клавесин и ударные инструменты
Третья	У ребенка отсутствует активность в процессе игровых занятий. Он пассивно наблюдает за игрой психолога. Проявляет настороженность при предъявлении нового игрового материала. Могут наблюдаться отрицательные эмоциональные реакции при изменении игровой ситуации. Пассивно подчиняется психологу, но активности по своей инициативе не проявляет	Рекомендуется привлечь к занятию родителя в качестве наблюдателя или участника игры с целью смягчения эмоционального дискомфорта у ребенка. Следует повторять игры, чтобы уменьшить пугающую ребенка новизну игровых предметов и ситуаций
Четвертая	Наблюдается положительный эмоциональный фон в процессе игровой психологической ситуации, однако характерно лишь незначительное проявление конструктивной активности в процессе игры. Ребенок спокойно сидит за столом, наблюдает за психологом, но при изменении игровой ситуации, например при появлении	Продолжать занятия ориентировочного этапа. Анализировать причину возникновения тревоги, страхов у ребенка. Постоянно стимулировать эмоциональный фон у ребенка введением новых игровых ситуаций, доступных и аффективно значимых для него

	нового игрового персонажа, проявляет беспокойство, страх	
Пятая	Наблюдается устойчивое эмоциональное состояние в процессе игры, ребенок проявляет активность: активно манипулирует с игровым материалом, смеется при игровой ситуации, спокойно наблюдает за психологом. Однако, в отличие от здоровых детей, отсутствует экспрессивность, эмоциональное вживление, радость, эмоцио-нальностъ, вербальное сопровождение игры	В процессе занятий стимулировать активность, положительный эмоциональный фон у ребенка с помощью предоставления ребенку самостоятельности в выборе игрового материала, изменения сюжета игры. С детьми этой группы необходимо переходить на следующий (реконструктивный) этап психологической коррекции

Перед началом новой серии занятий психолог вместе с родителями обсуждает ситуации, в которых у ребенка возникают негативные реакции (эффективность, агрессивные реакции, тревога, страх). Сбор информации направлен на то, чтобы в процессе коррекции можно было предложить ребенку не только игровое воспроизведение прошлого или настоящего опыта, но и моделирование возможных ситуаций, в том числе и стрессовых, в будущем.

Эффективность проведения сюжетно-ролевых игр на данном этапе в значительной степени зависит от социального опыта ребенка, от особенностей его представлений о людях, их чувствах, взаимоотношениях, формирование которых представляет особую трудность для аутичных детей. Учитывая эти особенности, мы рекомендуем включать в игровые сюжеты животных (кукольных кошек, собачек, обезьянок). Опыт нашей работы показывает, что в процессе общения с куклами животных дети лучше расслабляются, вступают в контакт, проявляют большую эмоциональность.

Важным условием психологической коррекции эмоциональных проблем у детей с аутизмом в процессе сюжетно-ролевых игр является развитая способность ребенка входить в роль, уподоблять себя образу персонажа. Процесс перевоплощения проходит у ребенка на фоне возрастающего эмоционального подъема. Действуя в воображаемой ситуации за другого, ребенок как бы приписывает себе черты этого другого, испытывает переживаемые этим другим чувства. Во время перевоплощения ребенок обнаруживает определенное эмоциональное отношение к своему персонажу. Двойное самоощущение ребенка в игре, эмоции, возникающие от условного и реального планов, не только обогащают эмоциональную сферу ребенка, но и способствуют пониманию ребенком скрытого смысла ситуации, ее «подтекста». Это способствует повышению активности ребенка в игровом общении.

Для детей, страдающих аутизмом, особенно с тяжелой степенью аффективной патологии, процесс перевоплощения в игре часто практически недоступен. Ребенок проявляет пассивность, несмотря на то что он может сопереживать персонажу, наблюдая за развитием сюжета.

Перестройка негативных эмоциональных проявлений у таких детей возможна в процессе *игр-драматизаций* на тему знакомых сказок. Целесообразность использования таких игр в психокоррекции детей с аутизмом обусловлена также существенной ограниченностью их социального опыта, речевыми проблемами, избирательностью их интересов.

Проведению игр-драматизаций должна предшествовать подготовительная работа с ребенком.

На *первом этапе* занятий психолог читает ребенку знакомую ему сказку, желательно, чтобы это была любимая сказка ребенка. Поскольку дети с аутизмом склонны к застреванию, повторение любимой сказки будет для них аффективно значимым.

На *втором этапе* психолог вместе с ребенком обсуждает содержание знакомой ему сказки. Его можно проводить в различных вариантах:

- по заранее намеченным вопросам, которые помогают ребенку воссоздать образы персонажей сказки и проявить к ним эмоциональное отношение;
- по воспроизведению этой сказки с помощью настольного театра (например, психолог читает сказку «Колобок» и одновременно с помощью предметов настольного театра воспроизводит ее).

Опыт нашей работы показывает, что второй способ является более доступным и эмоционально значимым для детей-аутистов. Если нет настольного театра, сказку можно рассказать с помощью картинок или диапозитивов. В то время как здоровые дети достаточно быстро создают образ персонажа, упо-

добляются ему, дети с аутизмом испытывают существенные трудности, и поэтому наглядное воспроизведение сказки, на наш взгляд, помогает ребенку в дальнейшем быстрее войти в роль персонажа сказки. Как мы отмечали выше, способность ребенка вхождения в роль, уподобления себя образу — это важное условие, необходимое для коррекции не только эмоционального дискомфорта, но и негативных характерологических проявлений.

На *третьем этапе* психолог спрашивает ребенка, кем из героев сказки он хотел бы быть. Например, волком, Красной Шапочкой, Кощеем, медведем, козленком и пр. Ребенок выбирает роль, и психолог совместно с ребенком обыгрывает сюжет. Можно использовать в процессе игры не весь сюжет, а только некоторые эпизоды. Например, встречу медведя с Машей в лесу из сказки «Маша **и** медведь».

Игра-драматизация «Маша и медведь»

Оборудование. Настольный театр, изображающий лес; кукла Маша и кукла медведя.

Ход занятия. Психолог вспоминает с ребенком содержание сказки. Затем распределяет роли, по желанию ребенка. Если ребенок предпочел роль медведя, то психолог предлагает ребенку надеть на руку куклу медведя. Если ребенок отказывается надевать игрушку (что нередко наблюдается у детей с аутизмом), психолог может предложить ему медведя из настольного театра (плоская фигурка медведя) или соответствующую плюшевую игрушку. Психолог исполняет одновременно роль ведущего и Маши. «Пошла Маша в лес, собирать ягоды и грибы. Бродит Маша по лесу, в лесу хорошо, тихо, поют птички... Вдруг слышит Маша шорох в кустах. Маша остановилась, посмотрела и увидела медведя. Медведь большой, приближается к Маше... (Психолог просит ребенка показать, как медведь подходит к Маше и хочет схватить ее.)

В процессе игры психолог наблюдает за действиями ребенка, следит за его эмоциональным состоянием, спонтанными высказываниями.

Успех игровой психологической коррекции у аутичных детей зависит от следующих факторов:

- умения психолога установить контакт с ребенком в игровой форме;
- способности правильно подобрать игровой сценарий, соответствующий уровню аффективной дезадаптации ребенка, уровню интеллектуального и речевого развития ребенка, а также психогенной ситуации, с кото-

- рой сталкивался ребенок;

- учета психологом клинико-психологических и индивидуально-психологических характеристик ребенка, участвующего в коррекции;
- позитивной установки родителей на процесс игровой психологической коррекции;
- организации среды, в которой проходит психокоррекционный процесс, таким

образом, чтобы ребенок чувствовал себя комфортно и безопасно.

Глава 16
ХОЛДИНГ-ТЕРАПИЯ В СИСТЕМЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С АУТИЗМОМ

Как отмечалось выше, аутичные дети испытывают существенные трудности в установлении эмоциональных контактов с другими, даже с самыми близкими, людьми. Недоразвитие эмоциональных контактов негативно влияет на процесс социализации ребенка, развитие его когнитивных функций. Отсутствие ранних эмоциональных контактов с ребенком крайне негативно отражается на особенностях взаимодействия родителей с ним: у них формируются неуверенность, тревожность и другие негативные аффективные переживания.

В зарубежной психологической практике при работе с аутичными детьми особой популярностью пользуется холдинг-терапия. Холдинг-терапия (от англ. hold — удерживать, выдерживать, владеть) была разработана американским детским психиатром Мартой Вельч (M. Welch) и впервые внедрена в Материнском центре в Гринвиче, США, в 1978 году. В «классическом» варианте процедура холдинг-терапии заключалась в следующем: в специально отведенное время мать берет своего ребенка на руки и крепко прижимает к себе. Ребенок должен сидеть у матери на коленях так, чтобы у нее была возможность посмотреть ему в глаза. Не ослабляя объятий, несмотря на сопротивление ребенка, мать говорит о своих чувствах и своей любви к ребенку и о том, как она хочет преодолеть ту или иную проблему.

В основу холдинг-терапии положена концепция, которая рассматривает ранние детские эмоциональные расстройства как результат нарушения эмоциональных связей между матерью и ребенком [Harlow H., Harlow M., 1962; Bowlby 1986]. Авторы подчеркивали положительную роль первого контакта ребенка с матерью. Привязанность ребенка к матери основана на чувстве безопасности, которое он испытывает в процессе общения с ней. Если чувство безопасности нарушено, то социальное и эмоциональное развитие ребенка идет в неправильном направлении и, в крайних вариантах, ведет к аутизму.

Н. Тинберген и Э. Тинберген [Tinbergen, Tinbergen, 1984] разработали теорию, объясняющую механизм действия холдинг-терапии на ребенка с аутизмом. Авторы исходят из того, что ранний детский аутизм как эмоциональное расстройство обусловлен враждебным влиянием на грудного ребенка со стороны его окружения. В связи с этим у ребенка-аутиста отсутствует базовое доверие, возникающее в первые недели и месяцы жизни. Так как аутичные дети не могут развить это базовое доверие, они враждебно противостоят окружающим их людям и отказываются от общения с ними. При холдинг-терапии этот нарушенный процесс формирования доверия и социализации компенсируется [цит. по: Ремшмидт, 2000, с. 489].

М. М. Либлинг в своих исследованиях по применению холдинг-терапии в системе психологической помощи детям с аутизмом справедливо подчеркивает, что холдинг-терапия инициирует базальные аффективные механизмы детского развития и налаживает их координацию в процессе эмоционального взаимодействия ребенка с близкими людьми. Поэтому автор предлагает использовать этот метод в системе психологической помощи аутичным детям, направленной на нормализацию их аффективного развития [Либлинг, 2000].

Многочисленные исследования зарубежных и отечественных авторов показали следующее:

1. Холдинг-терапия может быть использована как способ восстановления ранних форм привязанности ребенка к близким, и прежде всего к матери.
2. Данный метод формирует новые способы эмоционального взаимодействия между ребенком и родителями.

3. Основная задача холдинг-терапии заключается в преодолении защитного аутистического барьера, негативных аффектов, страхов, агрессии путем насильственного удерживания ребенка на руках.

4. Холдинг-терапия стимулирует дальнейшее развитие и психическую активность ребенка.

5. Метод дает возможность родителям наладить взаимодействие с ребенком, поскольку опирается на естественное желание родителей гладить, ласкать, обнимать ребенка, защищая его от житейских невзгод.

Сущность метода заключается в тесном физическом контакте с ребенком на фоне положительного эмоционального общения, что приводит к нормализации психического равновесия, которое делает ребенка более восприимчивым к внешним стимулам и вступлению в диалог с окружающими.

Как отмечалось выше, в отечественной психологии метод холдинг-терапии успешно разрабатывался М. М. Либлинг [2000]. Автор с позиций системной организации эмоциональной сферы, разработанной О. С. Никольской, выделила психологические механизмы данного метода. Прежде всего, это аффективная память, которая актуализирует приятные переживания младенчества, связанные с едой, сном, игрой на руках у матери. Тактильные, кинестетические, зрительные и другие ощущения объединяются в сознании ребенка в простые аффективные стереотипы. Сам процесс удержания вызывает у ребенка переживание страха, первоначально провоцирует активное сопротивление ребенка. Для благополучного разрешения данной ситуации необходимо, чтобы сработал аффективный механизм, условно названный «качелями» [Эмоциональные нарушения..., 1990]. Суть его состоит в том, что доминанта опасности перекрывается общей положительной оценкой ребенком своих возможностей и ситуации в целом. Положительную доминанту во время удерживания формирует также эмоциональный комментарий матери, которая уговаривает ребенка не уходить, побыть еще на руках, говорит о том, как любит своего малыша и как сильно соскучилась по нему. Постепенно ее действия нейтрализуют страх и гарантируют благополучное разрешение ситуации. Когда сопротивление прекращается, ребенок обычно полностью расслаблен эмоционально и физически. Он свободно смотрит в глаза родителям, улыбается. В эти минуты в полную силу работает еще один аффективный механизм, необходимый для детского развития, — эмоциональное сопереживание близкому человеку.

М. М. Либлинг, используя холдинг-терапию в самостоятельно разработанном ею модифицированном варианте, раскрыла значение данного метода в эмоциональном развитии аутичного ребенка И выделила основные эффекты его применения [Либлинг, 2000]:

- трансформация негативного аффекта, содействующая преодолению агрессии, негативизма, самоагрессии и других аффективных проблем аутичного ребенка;
- аффективное развитие ребенка с аутизмом (холдинг-терапия, по сути, выступает в роли катализатора);
- улучшение семейного взаимодействия;
- обретение родителями лучшего понимания проблем ребенка, его возможностей, и, благодаря этому, облегчение контакта психолога с родителями;
- ускорение работы по обучению родителей аутичного ребенка способам эмоционального взаимодействия с ним, конкретным приёмам коррек-ционной работы.

Несмотря на то что холдинг-терапия позитивно отражается на динамике эмоционального развития аутичных детей, этот метод требует дифференцированного использования. Следует помнить, что он построен на организации принудительного контакта с ребенком-аутистом, в связи с чем на начальных этапах его использования у ребенка может наблюдаться выраженный эмоциональный дискомфорт, усугубляться негативизм и другие негативные эмоциональные реакции.

Несмотря на широкое применение холдинг-терапии в психологической практике,

некоторые авторы рассматривают данный метод как чрезмерно стрессовый — как для ребенка, так и для родителей. Кроме того, отмечается, что эффективность занятий в значительной степени зависит от эмоционального настроя и внутренней готовности родителей к длительной, ежедневной работе. В процессе холдинг-терапии у родителей могут возникнуть сомнения, неуверенность в правильности своих действий, тревога в отношении дальнейших перспектив развития ребенка [Wing, 1985]. В соответствии с этим, психологу необходимо постоянно держать в поле зрения переживания родителей и разрабатывать специальную тактику работы с ними, с учетом их индивидуальных особенностей, чтобы избежать срывов в холдинг-терапии.

Перед тем как рекомендовать холдинг-терапию родителям, психолог предварительно изучает семью ребенка, анализирует эмоциональный потенциал матери, ее готовность принять рекомендации психолога. Как отмечалось выше, воспитание аутичного ребенка в семье является чрезвычайно сложной задачей, которая в значительной степени зависит от ряда объективных и субъективных факторов. К объективным факторам относятся: материальная обеспеченность, осведомленность родителей о проблемах воспитания аутичного ребенка; отношение близкого семейного окружения к проблемному ребенку (отец, другие дети, прародители, другие родственники); эффективность социальной помощи семье, а также отношение общества в целом к людям с проблемами в развитии. К субъективным факторам относится, прежде всего, личностный потенциал родителей и близкого семейного окружения ребенка.

Многочисленные исследования особенностей семей, в которых воспитывается ребенок с аутизмом, показали, что эти семьи находятся в состоянии пролонгированного стресса, интенсивность которого зависит от степени тяжести аффективной патологии и возраста ребенка. Стрессовое состояние в большей степени проявляется у матерей детей с аутизмом. У них наблюдается неадекватно заниженная самооценка, депрессивный фон настроения, эмоциональная напряженность [DeMyer, 1986; Wolf, 1989; и др.]. М. Гилл по специально разработанной шкале оценивал уровень депрессивности, тревожности, а также частоту соматических жалоб и эмоциональных истощений в группах матерей аутичных детей, матерей умственно отсталых и нормальных детей дошкольного возраста. Было выявлено, что негативные эмоциональные проявления у матерей аутичных детей встречаются значительно чаще, чем у матерей умственно отсталых детей. Матери аутичных детей показали максимальные значения по всем данным параметрам и дали себе наиболее низкую оценку по шкале личных успехов в воспитании ребенка [Gill, 1990; цит. по: Либлинг, 2000]. В работах многих авторов отмечается, что ребенок с аутизмом с раннего возраста не улыбается матери, не смотрит ей в глаза, не любит, когда его берут руки. [Tinbergen, Tinbergen, 1984]. Такое поведение ребенка с аутизмом не «подкрепляет» материнского поведения, а в условиях, когда ребенок не дает матери достаточного эмоционального отклика, у матери формируется специфический синдром «растерянности», выявленный в исследовании Л. С. Печниковой [1997].

Весь процесс холдинг-терапии условно можно разделить на три этапа: установочный, коррекционный и оценочный. На *установочном этапе* психолог должен проанализировать стили семейного воспитания ребенка, оценить особенности личности матери, ее защитных механизмов, представления матери о перспективах развития ребенка. В процессе направленных бесед необходимо выяснить, как мать общалась с ребенком на первом году его жизни, часто ли брала его на руки, чтобы успокоить, как реагировала на особенности его поведения, кто помогал матери по уходу за ребенком, как распределялись роли. Успешность психологической помощи семье, воспитывающей ребенка с аутизмом, в значительной степени зависит от включенности отца и других членов семьи в психокоррекционный процесс. Важным является умение психолога убедить родственников в целесообразности таких занятий с ребенком, необходимо в доступной для родителей форме объяснить значение этого метода в эмоциональном развитии ребенка. Мы в своей практике обучали приемам холдинг-терапии отцов, прародителей и

других членов семьи. Однако следует подчеркнуть, что в первую очередь необходимо обучить мать ребенка.

На *коррекционном этапе* психолог показывает приемы холдинг-терапии.

В ходе сеансов роль психолога заключается в следующем:

1. Психолог в устной форме помогает матери преодолевать имеющиеся затруднения во время сеанса.
2. После окончания сеанса психолог анализирует поведение ребенка, его реплики, интерпретирует символику сопротивления ребенка и другие особенности его поведения.

В специально оборудованном помещении для занятий родители садятся вместе с детьми, причем каждый выбирает удобную позу для контакта. В течение некоторого времени на фоне расслабляющей музыки проводят холдинг-терапию. Матери или другому близкому родственнику психолог рекомендует крепко обнять ребенка и прижать его к себе. Если ребенок активно сопротивляется, то необходимо преодолеть его активное сопротивление, тесно прижать к себе и постараться установить с ним зрительный контакт.

Сеансы должны проводиться ежедневно. Во время сеанса мать (или другой близкий человек) крепко обнимает ребенка, прижимает его к себе, и в таком положении они находятся длительное время. Если ребенка не удается удержать на руках, мать Может лечь рядом с ним, прижимая его не только руками, но и всем телом к стене или спинке дивана. В течение всего сеанса нельзя уступать нарастающему сопротивлению ребенка: с ним необходимо пытаться установить и зрительный, и эмоциональный, и вербальный контакт. Не следует прерывать сеанс даже в тех случаях, когда ребенок выглядит несчастным, подавленным и отрешенным от происходящего вокруг него. Ребенка следует удерживать до появления стадии истощения, несмотря на любые его протесты; его отпускают только при появлении выраженной релаксации, когда можно будет общаться с ним.

При проведении холдинг-терапии необходимо использовать следующие правила:

1. Сеансы должны проводиться родителями ежедневно, по крайней мере в течение двух первых месяцев.
2. Первые 3—4 сеанса необходимо проводить в присутствии психолога.
3. Необходимо добиваться полного расслабления ребенка, по крайней мере, на 3—4-м сеансе.
4. Не рекомендуется прерывать сеансы, особенно в первые два месяца. Многие дети, особенно с тяжелой аффективной дезадаптацией, на первых этапах занятий испытывают выраженное возбуждение, могут кричать, кусаться, плеваться и демонстрировать другие защитные реакции. Следует еще раз подчеркнуть, что, несмотря на активное сопротивление, необходимо удерживать ребенка вплоть до его истощения и отпускать его только тогда, когда он расслабится. Желательно во время удерживания приговаривать ребенку, какой он «теплый», «хороший», «добрый», «как мы тебя любим».

М. М. Либлинг [2000] выделяет два основных компонента холдинг-терапии, условно обозначая их как «очищающий» и «развивающий». Именно сочетание этих компонентов обеспечивает длительную эффективность холдинг-терапии. Первая — очищающая — часть холдинга снижает аутистический барьер, эмоциональный дискомфорт у ребенка, стимулирует развитие ребенка. Вторая часть холдинга придает этому развитию конкретные формы, насыщает его положительными аффектами, способствует улучшению способов взаимодействия. Элементы холдинг-терапии целесообразно использовать и в процессе группового взаимодействия детей с аутизмом на втором и третьем этапах психокоррекции с целью усиления их психической активности и выработки целенаправленного поведения. С этой целью мы в своей практике используем следующие игры: «Качание в одеяле», «Угадай на ощупь, кто это», «Подкидыш» и др.

Игра «Качание в одеяле»

Ход игры. Взрослые и дети более старшего возраста держат одеяло и предлагают ребенку с аутизмом лечь на него. После этого одеяло вместе с ребенком поднимают со

словами: «Море волнуется раз...»

Длительность игры зависит от особенностей реагирования ребенка. Если он активно сопротивляется, то после двух покачиваний необходимо прекратить игру, похвалить ребенка за участие.

Данная игра вызывает много позитивных эмоций у детей с аутизмом.

Пример

Марина К., 5 лет 7месяцев, на первых двух занятиях активно наблюдала за тем, как другие качаются в одеяле, но отказывалась, когда ей предлагали. На третьем занятии девочка легла на одеяло и громко закричала: «Хочу кататься». Психолог с помощниками стали раскачивать девочку. После окончания раскачиваний девочка стала требовать повторения занятия словами: «tiado еще кататься, еще, еще». У девочки наблюдался негативизм и речевой мутизм. Игра помогла психологу наладить контакт с девочкой и повысить ее эмоциональную и речевую активность.

Игра «Подкидыш»

Ход игры. Дети стоят в кругу. Один ребенок выходит в круг. Остальные дети его подталкивают поочередно от одного к другому со словами «Иди к Ване, Маше» и пр. При приближении ребенка члены группы прижимают его к себе, затем снова отталкивают и направляют к другому ребенку или взрослому.

Комментарий. Следует подчеркнуть, что эта игра может вызвать у детей с аутизмом высокое эмоциональное напряжение, страх. Не рекомендуется принуждать ребенка, насильно толкать его. Перед началом занятий взрослые и здоровые дети могут показать ребенку эту игру и, если она вызвала у него интерес, предложить ему поиграть. Не рекомендуется сильно толкать ребенка. Если ребенок сопротивляется, необходимо взять его за руку, прижать к себе, заглянуть в глаза и направить к другому ребенку в круге. После занятия следует поблагодарить ребенка, отметить его смелость и активность.

Игра «Угадай, кто пришел»

Ход игры. Ребенок встает в круг, и ему предлагается закрыть глаза. К нему подходит другой ребенок, и он на ощупь определяет, кто это. Ребенку разрешается погладить по лицу, потрогать одежду. Сначала необходимо дать задание угадывать здоровому ребенку или помощнику психолога, и лишь затем предложить выйти в круг ребенку с аутизмом.

Комментарий. Дети с аутизмом на первых занятиях активно сопротивляются при прикосновении незнакомого человека, однако в дальнейшем охотно включаются в игру.

Опыт нашей работы показал высокую эффективность данного метода, в первую очередь в психокоррекции тех детей; *у* которых наблюдается выраженная эмоциональная депривация со стороны родителей, и особенно матери.

М. М. Либлинг характеризует эффекты холдинг-терапии следующим образом: «Через 1-2 месяца холдинг-терапии мы получили выраженные устойчивые результаты, которые проявились: в уменьшении, смягчении аутизма, установлении более тесного эмоционального контакта между детьми и родителями; в смягчении сверхсензитивности детей; в возрастании психической активности всех детей, проходивших терапию, усилении или появлении интереса к окружающему; в усилении привязанности детей к близким людям; в проявлении у каждого ребенка большего желания взаимодействовать; в уменьшении проявлений агрессии, негативизма и самоагрессии в поведении детей; в некотором прогрессе речевого развития детей» [Либлинг, 2000, с. 19].

Использование холдинг-терапии в сочетании с другими методами психологической коррекции оказывает позитивное влияние на эмоционально-волевую сферу детей с аутизмом. Это наглядно проявляется в установлении более тесного эмоционального контакта ребенка с родителями, в увеличении его познавательной и речевой активности в процессе занятий. У родителей детей с аутизмом в результате холдинг-терапии наблюдается лучшее понимание потребностей и проблем ребенка. Многие родители отмечают, что в процессе занятий они стали более уверенными, уменьшилась тревожность.

Глава 17
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СТРАХОВ У ДЕТЕЙ С АУТИЗМ ОМ

У подавляющего большинства детей с аутизмом, независимо от степени тяжести аффективной патологии, наблюдаются выраженные страхи.

Исследования психологов показали, что возникновение первых конкретных страхов и состояний тревоги при нормальном развитии обусловлено ранним возрастом ребенка [Эберлейн, 1981]. На первом году жизни страх у ребенка могут вызвать громкий звук, резкое приближение к объекту, неожиданное изменение положения тела в пространстве, появление «чужого лица».

Наибольшее количество страхов отмечается на втором-третьем году жизни ребенка, что является вполне закономерным явлением на фоне нормально протекающего аффективного развития.

У детей с аутизмом, в отличие от здоровых детей, наблюдается высокая интенсивность страхов и повышенная фиксация на них. Возникнув однажды, страх у ребенка с аутизмом впоследствии не исчезает и продолжает оставаться актуальным на протяжении многих лет жизни. Страхи, которые появляются у детей с аутизмом в раннем возрасте, отличаются неконкретностью, диффуз-ностью и часто не имеют причины, возникая на фоне общей тревоги и беспокойства, вместе с тем объектов страха у детей с аутизмом чрезвычайно много. Нередко ребенок боится определенных предметов и явлений: это может быть шум электроприборов, мягкие игрушки, собаки, все белое, машины, подземные переходы и др.

Страхи у детей с аутизмом могут быть обусловлены как внутренними, так и внешними факторами. К внутренним факторам относятся гиперчувствительность ребенка с аутизмом, которая проявляется в повышенной чувствительности к звуковым, световым, тактильным, вестибулярным и другим сенсорным воздействиям. Например, у большинства людей свет и звук люминесцентной лампы в помещении не вызывают неприятных ощущений, в то время как для ребенка с аутизмом они могут оказаться чрезмерно неприятными, стать источником эмоционального дискомфорта.

Внешние причины страхов у детей с аутизмом можно условно разделить на две группы. В первом случае объект страха действительно является источником определенной опасности, но занимает слишком большое место в аффективных переживаниях ребенка, то есть опасность как бы переоценивается ребенком. Такого рода страхи — их называют сверхценными — могут наблюдаться и у здоровых детей. Однако если у здоровых детей повторные взаимодействия с пугающим объектом уменьшают страх, то у детей с аутизмом, наоборот, усиливают его, повышают фиксацию на источнике страха, делают страх устойчивым. Ко второй группе можно отнести страхи, которые могут быть связаны с реальным пугающим событием.

Пример

На прогулке с отцом 4-летнего Сережу, страдающего ранним детским аутизмом, с громким лаем за ногу схватила собака, что очень испугало мальчика. После случившегося мальчик стал бояться всего, что было связано с происшествием: собак, собачьего лая, человека в черном плаще (хозяин собаки был одет во все черное), кошек, поводков для собак, а также мягких игрушек, изображающих животных. В конечном итоге ребенок стал бояться всех животных и того, что с ними связано.

Многие авторы выделяют такие особенности страхов у аутичных детей, как стойкость страхов, специфика их содержания и трудность психологической коррекции.

В связи с этим становится очевидным, что крайне важно *своевременное, или раннее, выявление страхов* у детей. В преддошкольном возрасте (до развития экспрессивной речи) определить наличие страха у детей возможно только по особенностям их поведения. Радикалами страхов у детей в этот возрастной период являются:

- повышение мышечного тонуса;
- немотивированные крики;
- замирание или внезапное «бегство» от предмета;
- закрывание глаз, затыкание ушей;
- искажение лица и пр.

В дошкольном возрасте у многих детей с аутизмом наблюдается своеобразная тяга к пугающему предмету. Ребенок проявляет особый интерес к движущемуся шумному транспорту, стремится заглянуть в люк или в подвал, тянется к «шумному», пугающему его, пылесосу и пр.

Пример

Андрей, 6 лет и 10 месяцев, в трехлетнем возрасте испугался шума в метро. Два года мальчик отказывался пользоваться этим видом транспорта. Однако впоследствии родителям удалось уговорить его поехать в метро на занятия с психологом. После этого мальчик постоянно во время прогулки требовал зайти в метро и в течение длительного времени смотрел на приходящие и уходящие поезда. Этот ритуал сохранялся у мальчика на протяжении многих лет.

Специальный анализ страхов аутичных детей был проведен К. С. Лебединской с соавторами [Лебединская, Никольская, Баенская, Либлинг, 1989]. Клинический анализ позволил авторам выделить три группы страхов:

1. Сверхценные страхи, типичные для детского возраста и обусловленные реакцией ребенка на реальную, значимую опасность (например, боязнь остаться одному, потерять мать, страх чужих людей, незнакомой обстановки). Такие страхи наблюдаются у 28% детей с ранним детским аутизмом.

2. Страхи, обусловленные характерной для детей с аутизмом аффективной и сенсорной гиперчувствительностью. Такие страхи наблюдаются значительно чаще — в 35% случаев. Уже в раннем возрасте дети испытывают страх различных бытовых шумов (пылесоса, шума воды и пр.), зрительных, тактильных раздражителей: света люстры, попадания на тело комаров или др. объектов. Ряд страхов связан с гиперсензитивно-стью в эмоциональной сфере: объектами страха становятся незнакомые люди, новые места и пр.

3.Неадекватные бредоподобные страхи, возникающие в связи с крайней ограниченностью и фрагментарностью представлений аутичного ребенка об окружающем его мире.

О. С. Никольская с соавторами описали особенности проявлений страхов у детей в зависимости от степени тяжести аффективной патологии [Никольская, Баенская, Либлинг, 1997, с. 189—199].

У детей *первой группы,* в силу их глубокой отрешенности от внешнего мира, иногда сложно распознать признаки страха. Родители таких детей обращают внимание на то, что их дети, скорее, ничего не боятся, не понимают реальной опасности. Например, ребенок может выбежать на проезжую часть улицы, сесть на окно и смотреть вниз с девятого этажа квартиры. Внешними проявлениями страха у детей этой группы могут быть двигательные стереотипии, вокализации. Такие дети находятся в постоянном эмоциональном дискомфорте и в процессе своей «бессмысленной» активности не столько стремятся получить положительные впечатления, сколько избежать отрицательных.

В соответствии с этим задача оценить интенсивность и содержательные особенности страха у детей с тяжелой степенью аффективной патологии достаточно трудна для психолога. Радикалами, свидетельствующими о наличии страха у ребенка, могут быть повышение мышечного тонуса, двигательные стереотипии, эхолалии с определенными интонациями и вокализациями.

У детей *второй группы,* по мнению авторов, практически постоянно наблюдается состояние страха, что находит отражение во внешнем облике ребенка (напряженная моторика, застывшая мимика лица, часто искаженная гримаса ужаса, отчаяния, крики). В поведении страхи проявляются в виде двигательных разрядов, в форме стереотипных выкриков, постукиваний, пения, в проявлении негативизма, агрессивных и

аутоагрессивных действий. Авторы отмечают наличие генерализованной тревоги и локальных страхов у данной группы детей. Генерализованная тревога нередко наблюдается при изменении привычной обстановки, необычном поведении родителей. Так, ребенок может реагировать на раздраженную мать аутостимуляциями в виде прыжков, ударов руками или ногами по стенке или полу, вплоть до битья головой об стенку. В общественном транспорте, например в метро, дети часто раскачиваются, кричат, машут руками, падают на колени и стучат по полу. Локальные страхи у детей этой группы обусловлены их повышенной гиперчувствительностью: сильный звук, резкий свет, липкий пластилин, колющаяся шерстяная кофта и пр. вызывают достаточно сильную и устойчивую боязнь. Дети не переносят острых предметов, таких как ножницы при подстригании ногтей или стрижке волос. Одевание свитера через голову вызывает у них сходные переживания. Как справедливо подчеркивают О. С. Никольская с соавторами, «общей чертой этих конкретных страхов является их жесткая фиксация — они остаются актуальными на протяжении многих лет, при этом их сила может не угасать со временем: ребенок, попав в ситуацию, аналогичную той, в которой он испытывал испуг, или, увидав объект, однажды испугавший его, снова переживает страх в полной мере» [там же, с. 191].

Дети *третьей группы* достаточно хорошо вербализируют свои страхи: они постоянно говорят о них, включают их в свои вербальные фантазии. Дети большую часть времени фиксируются на отрицательных эмоциональных переживаниях из собственного жизненного опыта, из знакомых им сказок. Наблюдается застревание не только на страшных образах (людоед, дьявол или тигр и пр.), но и на отдельных аффективных деталях. Ребенок бесконечно задает одни и те же вопросы. Иногда дети рассказывают страшилки с целью провокации, чтобы вызвать отрицательные эмоциональные состояния у окружающих.

Пример

9-летний Игорь в кабинете психолога постоянно задавал вопрос: «Вы видели крыс на помойке? После этого вопроса он сам рассказывал историю о крысах, которые съели человека. В беседе с матерью было выявлено, что она и бабушка очень боятся крыс, вследствие чего на подобные высказывания ребенка всегда реагировали очень эмоционально, особенно бабушка. Был сделан вывод о том, что вопросы и рассказы ребенка на данную тему, вероятнее всего, связаны с желанием спровоцировать их на типичные для них реакции. Психолог приготовила картинки и фотографии крыс, рассказала ребенку об их особенностях и повадках, их полезности для медицины, поскольку на них испытывают необходимые людям лекарства, а также о том, что существуют также водяные крысы, из меха которых шьют шубы. Затем мальчик получил задание сочинить рассказ из жизни крыс. Спустя некоторое время он перестал рассказывать о крысах.

У детей *четвертой группы* наблюдается выраженная тревога, особенно обусловленная необходимостью вынужденного общения с окружающими, переменой привычной обстановки, высокими требованиями со стороны окружающих. В отличие от детей третьей группы, у них не наблюдается выраженной тенденции к преодолению страхов, когда ребенок возвращается к предмету страха в своих высказываниях или действиях. Дети этой группы характеризуются повышенной чувствительностью и сензитивностью. Нередко их тревоги и страхи могут быть связаны с отрицательными эмоциональными состояниями матери, отца или других близких людей.

Страхи у аутичных детей в значительной степени препятствуют их эмоциональной стабилизации и адаптации. В связи с этим своевременная коррекция страхов является важной задачей психологической помощи,

В процессе **психологической коррекции страхов** у детей с аутизмом необходимо учитывать степень тяжести аффективной патологии.

Важной задачей, стоящей перед психологом при работе с *детьми первой группы,* является определение объектов страха у детей. Психологу или педагогу необходимо, прежде всего, уметь наблюдать за поведением ребенка. Реакции детей первой группы на

пугающий предмет достаточно разнообразны. Типичными проявлениями служат как будто бы безучастность, равнодушие ребенка к источнику страха. Однако они являются лишь кажущимися: если присмотреться к ребенку повнимательнее или подержать его за руку, можно заметить, как сильно он напрягает все тело. Другие дети начинают раскачиваться, прыгать или отбегают в сторону от источника страха.

Пример

Родители 4-летнего Васи пригласили Деда Мороза поздравить мальчика с Новым годом. Дед Мороз пришел со значительным опозданием, когда мальчик уже собирался ко сну. Увидев Деда Мороза в прихожей, мальчик остолбенел, внимательно посмотрел на него, затем ушел на кухню и стал есть пирожок. Дед Мороз последовал за ребенком, стал петь ему песню, одаривать подарками. Вася продолжал есть пирожок. Вскоре Дед Мороз ушел, Вася посмотрел на подарки, не взял их в руки. Ночью долго не засыпал, а утром стал бегать по комнате и раскидывать подарки, которые находились под елкой. Родители были расстроены поведением мальчика, пожаловались на произошедшее психологу.

В кабинете психолога мальчик вначале вел себя спокойно. Но после того, как психолог достала куклу Деда Мороза, у мальчика возникло двигательное возбуждение. Он схватил Деда Мороза, откинул его в сторону, стал бегать по кабинету, издавая отдельные звуки. Безусловно, причиной такого поведения ребенка был испуг в связи с приходом Деда Мороза.

В настоящее время существует значительное число методов коррекции страхов в детском возрасте. Особое место в коррекции страхов и других аффективных нарушений в детском возрасте занимает игровая терапия. Опыт нашей работы показал достаточно высокую эффективность индивидуальных и групповых методов игровой психологической коррекции страхов.

С целью коррекции страхов *у детей с аутизмом второй группы* мы проводили индивидуальные и групповые игровые занятия с детьми с тяжелой степенью аффективной дезадаптации (первая и вторая группы) [Мартинес, 1996].

Индивидуальная игровая терапия проходила в несколько этапов.

Первый этап — свободная игра ребенка в психологическом кабинете. На детском столике раскладываются различные игрушки: машинки, куклы, строительный набор, а также неструктурированные игрушки — палочки, веревочки, различные по форме одноцветные блоки, коробка с крупой (вместо песка), фломастеры и бумага для рисования. Игрушки должны быть безопасными, так как дети с аутизмом любят брать их в рот, кусать, облизывать их и пр. Психолог дает возможность ребенку активно манипулировать с игрушками и предметами. По сути, первый этап строится на основе метода игровой недирективной психокоррекции (подробнее см. в гл. 15).

Основные задачи данного этапа:

1. Диагностика особенностей игровой деятельности ребенка.
2. Формирование у ребенка потребности в игровой деятельности, доступной ему.
3. Установление эмоционального контакта с психологом.

Данный этап занятий не должен быть продолжительным, особенно для детей с глубокой степенью аффективной патологии. Наблюдая за ребенком, психолог анализирует глубину и направленность аутистических проявлений, оценивает интенсивность страха, выраженность агрессивных и аффективных реакций в процессе свободной игры ребенка. Например, дети с резко выраженной аффективной дезадаптацией предпочитают игры с крупой. Они пересыпают ее из одной емкости в другую или выбирают неструктурированный игровой материал: палочки, веревочки и пр. В кабинете, где занимается ребенок, мебель обязательно должна быть устойчивой, окна — закрытыми, необходимо исключить наличие тяжелых предметов.

Психолог наблюдает за ребенком, анализирует его игровые предпочтения. Если ребенок перевозбужден, раскидывает игрушки, ломает их, его следует переключить на

другое задание, например предложить ему раскидывать кегли, пластмассовые кубы и другие легкие, небьющиеся предметы. Психолог должен комментировать возгласы ребенка, подражать ему и его аутостимуля-циям (голосовым, вестибулярным и пр.). Все это способствует установлению эмоционального контакта между ребенком и психологом. Если ребенок отказывается заниматься, уходит из кабинета или тянет родителей за руку к выходу, то лучше уступить ребенку, прекратить занятие. Целесообразно использовать оценки деятельности ребенка. Психолог может на табло рядом с именем ребенка прикреплять поощрительные кружочки (звездочки). Обязательно надо рассказать ребенку, за что он получил награду. Например: «Ты так хорошо кидал кегли (водил палочкой по столу, стучал по стенке и пр.)!» Такой способ поощрения вполне доступен детям с тяжелой формой аффективной дезадаптации и вызывает у них позитивные эмоции.

Недирективная игровая психокоррекция является важным этапом в коррекции страхов у детей с аутизмом, от ее успешности зависит эффективность дальнейших игровых занятий с ребенком.

Основной целью *второго этапа* коррекции страхов у детей является расширение сферы социальных взаимодействий ребенка. Эта цель достигается в процессе директивной игровой психологической коррекции. Функции психолога заключаются в организации процесса игры и анализе ее символического значения.

О. С. Никольская с соавторами для смягчения аффективной напряженности, связанной с генерализованной тревогой, предлагает создание в игре ситуации «острой безопасности». Ребенок вместе со взрослым прячется под стол, под одеяло, в игровой домик, то есть, как пишут авторы, «в безопасное укрытие, надежность которого должна постоянно подчеркиваться соответствующими комментариями, противопоставляющими уют и комфорт в этом «надежном месте» опасности другого пространства, где может «дуть ветер», «лить дождь, как из ведра», «бушевать вьюга» и т. д. Мы можем уговорить ребенка взглянуть в окно на разбушевавшуюся стихию, можем даже выскочить на секунду под "дождь и ветер", чтобы затем немедленно вернуться в теплое, надежное укрытие» [Никольская, Баенская, Либлинг, 1997, с. 192]. Авторы отмечают, что на этапе аффективного подъема дети могут сообщить о своем страхе или произвести агрессивное действие по отношению к пугающему объекту. Например, ребенок выскакивает из домика и ударяет ногой по электророзетке. Агрессивные действия у аутичных детей второй группы, направленные на испугавший их объект, указывают на то, что в зачаточном виде у них начинает формироваться механизм преодоления страха.

Психологическая коррекция страхов *у детей третьей группы* возможна с использованием ролевых игр. Начинать игры с детьми необходимо только после того, как установлен эмоционально-доверительный контакт психолога с ребенком. Для этого до занятий на основе ролевых игр с ребенком проводятся подготовительные занятия, направленные на повышение психической активности, снижение эмоционального дискомфорта. Это могут быть игры с песком, водой, рисование красками руками, пускание мыльных пузырей, игры с неструктурированным материалом (дощечками, тряпочками, палочками, горохом, фасолью и пр.).

Перед началом занятий с использованием ролевых игр психолог вместе с родителями обсуждает ситуации, в которых у ребенка возникают страхи.

Пример

Мама 6-летнего Андрея обратила внимание психолога на то, что сын очень боится собак. При виде их или даже услышав их лай, он испытывает сильное возбуждение, отказывается идти в ту сторону, где слышен лай, иногда кричит, ложится на пол. Психолог в процессе индивидуальной психологической коррекции использовала игровой сюжет, отражающий негативный опыт общения ребенка с собакой в прошлом: со слов матери, собака испугала мальчика на даче, когда он шел с бабушкой из магазина домой. Она подбежала к ним сзади и громко залаяла на мальчика. Бабушка тоже очень испугалась, а мальчик сначала остолбенел, побледнел, потом громко закричал. Бабушка

стала ругаться с хозяином собаки, а мальчик продолжал кричать. С тех пор мальчик панически боится собак. Часто спрашивает в навязчивой форме незнакомых людей, есть ли у них собака.

После использования недирективных методов игровой коррекции, направленных на формирование позитивного настроя на занятие с психологом и установление эмоционального контакта, ребенку были предложены куклы, изображающие людей: мальчик, девочка, бабушка, тетя, дядя. Андрей из набора кукол выбрал бабушку. Психолог выбрала для игры куклу-собаку. Первый сюжет. Собака прогуливается по воображаемой улице, и мальчик с бабушкой на нее смотрят. Собаку зовут Тоша, он пушистый, у него есть зубы, лапы, хвост. Психолог обращается к Тоше и просит дать лапу, Тоша охотно выполняет просьбу. Психолог приговаривает:« Тоша хороший, у него есть зубы, но он не кусается, он умеет громко лаять». Андрей, держа в руках куклу-бабушку, молча следит за действиями психолога, но в игру не включается, не пытается погладить Тошу или взять его на руки. Психолог продолжает гладить Тошу, приговаривая, какой он хороший, добрый. Второй сюжет. Андрюша с бабушкой или другой куклой гуляет по воображаемой улице и встречает психолога с Тошей. Тоша не обращает внимания на Андрюшу, психолог очень рада встрече, берет Андрюшу за руку, здоровается с ним, а Тоша продолжает сидеть у нее на руке. Андрюша охотно, по инструкции психолога, прошелся по кабинету с куклой-бабушкой. При приближении к психологу настораживается, глядя на собаку, руку дает неохотно, уходит от психолога, повторяя слова «собака там, собака. После игры психолог комментирует действия Андрюши. Третий сюжет. Андрюша вместе с психологом кормят собаку. Психолог рассказывает Андрюше, что Тоша ничего не ел утром и очень голоден. Когда собака голодная, она много лает. Психолог воспроизводит собачий лай с помощью магнитофонной записи. Магнитофон спрятан под столом. Собака пронзительно лает, Андрюша насторожился, закрывает уши. Психолог насыпает в мисочку собаке крупу (корм). Тоша все быстро съедает, психолог просит Андрюшу подсыпать крупы, которая лежит около него, в миску к собаке. Андрюша охотно выполняет это действие, так как его любимым занятиям является игра с сыпучими материалами. Психолог ставит миску около собаки. Тоша быстро съедает корм, который насыпал Андрюша. Психолог комментирует действия мальчика, благодарит его за то, что он покормил собачку и она перестала лаять.*

Четвертый сюжет. Тоша поднимает бабушкину сумку. Бабушка и Тоша идут навстречу друг другу. Бабушка роняет сумку, Тоша подскакивает с лаем, поднимает сумку и отдает ее бабушке. Бабушка благодарит Тошу, приговаривая, что он добрый и хороший. Андрюша внимательно следит за сюжетом, затем произносит слово «Тоша». Тоша откликнулся, стал радоваться, лаять, «хлопать» лапами.

Пятый сюжет. Психолог предложила Андрюше положить камушек, который он держал в руке во время занятий. Андрюша отказался, спрятал руку под стол. Психолог поставила перед мальчиком коробку с камушками и предложила кинуть камушек Тоше. Андрюша резко отбросил камушек в сторону Тоши. Тоша взял камушек, поблагодарил Андрюшу и отдал ему камушек. Когда Тоша пытался вложить камушек в руку мальчика, тот спрятал руку. Тоша положил камушек около Андрюши, поблагодарил его за игру, похлопал лапами. Мальчик улыбнулся.

В дальнейших сюжетах Тоша все больше приближался к мальчику, внедрялся в его личное пространство. Андрюша с каждым занятием охотнее шел на контакт с Тошей, называл его по имени, оживлялся и проявлял познавательную активность. Например, схватил Тошу за лапы, пытался открыть ему рот. Мать мальчика отмечала, что на прогулках он стал более спокойным, хотя при виде собак напрягался, смотрел на них и даже назвал одну собачку Тоша.

Приведенный пример наглядно свидетельствует о том, что аффективное напряжение ребенка, связанное с конкретным пугающим объектом, постепенно снижалось в процессе

игровых занятий.

Игровая психологическая коррекция должна быть направлена не только на игровое воспроизведение прошлого или настоящего аффективного опыта ребенка.

С детьми с легкой степенью аффективной дезадаптации рекомендуется проводить специальные игровые занятия, направленные на моделирование их поведения в возможных стрессовых ситуациях. С этой целью можно использовать сюжетно-ролевые игры (см. гл. 15).

Повышенная тормозимость, неуверенность в себе, робость у *детей четвертой группы* в значительной степени обусловлены повышенной тревожностью и страхами. Как справедливо отмечают О. С. Никольская с соавторами, страхи у детей четвертой группы возникают «из боязни отрицательной эмоциональной оценки поведения ребенка окружающими, прежде всего близкими» [Никольская, Баенская, Либлинг, 1997, с. 186]. Дети этой группы, как правило, пытаются избегать отрицательных аффективных впечатлений, погружаясь в мир своих стереотипных занятий. Например, ребенок постоянно рисует одно и то же (например, лошадей) или коллекционирует насекомых, бабочек и пр. Важным направлением игровой психологической коррекции страхов у детей этой группы является *моделирование поведения ребенка в возможных аффективных (стрессовых) для него ситуациях* (например, в ситуации ответа на вопросы учителя перед всем классом или ситуации вынужденного общения с малознакомыми людьми).

Психолог разрабатывает специальные сюжетно-ролевые игры, в процессе которых перед ребенком ставится задача совершить новые для него действия, связанные с преодолением трудностей в угрожающей ситуации.

Пример

Алеша, 6лет 8месяцев, диагноз: ранний детский аутизм, интеллектуальное и речевое развитие в пределах возрастной нормы. Жалобы родителей в основном на робость мальчика, страхи новых людей, новых помещений. Наблюдаются стереотипии, интересуется словарями, схемами, планами, самостоятельно рассматривает схемы метро и систематически требует от родителей покататься в метро по выбранному им маршруту. С детьми не общается, предпочитает общение со взрослыми, однако это общение носит деловой характер: обсуждение плана метро, названий улиц, марок грузовых и легковых машин. Мальчик умеет читать и считать, вместе с тем в связи с имеющимися страхами (многочисленными неофобиями) психиатром ему было рекомендовано обучение на дому по индивидуальной программе. Мальчик боится закрытых дверей, требует, чтобы они обязательно были открыты в кабинете или в зале.

Мальчик был взят на индивидуальную игровую психокоррекцию. На этапе свободной (недирективной) игры мальчик предпочитал игры в железную дорогу. Он успешно расставлял рельсы, сцеплял вагоны, умело заводил поезд и направлял вагоны по рельсам. В процессе игры произносил фразы: " Поезд следует до станции...", "Граждане пассажиры, двери закрываются". На втором занятии психолог положила на игровой столик маленькие фигурки человека и животных. Мальчик посадил их в вагоны и продолжал игру по тому же сценарию, что и на первом занятии. На установочном этапе в ходе директивных игр мальчик охотно взаимодействовал с психологом. Психолог взяла на себя роль диктора, который объявляет станции метро. Алеша правильно называл станции, и, когда психолог намеренно путала их, поправлял ее.

На ориентировочном этапе занятий мальчику была предложена новая игра в метро. Психолог расставила стулья и оградила скамейками пространство вагона. В вагоне метро вместе с психологом ехали кот Мурзик, кукла Аня, кукла «дядька. Использовалась устрашающая кукла с искаженным лицом (подарок студентки из Мексики, которая участвовала в бразильском карнавале). В определенный момент психолог объявила: «Осторожно, двери закрываются». Если в начале игры у мальчика наблюдалось спокойно-удовлетворительное состояние, то после объявления «двери*

закрываются» Алеша насторожился, стал тревожным. Он приблизился к психологу, сказал: «Долго едем». Психолог взяла ребенка за руку и стала рассказывать, что во время движения поезда двери не должны открываться. Кот Мурзик спокойно спал на руках у психолога. «Дядька» (роль исполнял студент, на руке у которого была эта кукла) постоянно обращался к психологу и мальчику: «Ну когда мы наконец приедем? Мне надоело, я хочу выйти...» (то есть выражал недовольство тем, что двери были закрыты). Игра длилась 12минут. Алеша спокойно сидел около психолога. Психолог объявила: «Поезд прибыл на станцию Ав-тово. Двери открываются». На вопрос психолога: «Тебе понравилась игра?» — Алеша ответил утвердительно, но потом сказал: «Ехали долго». Таким образом, мальчик все же выразил свои негативные переживания в процессе игры. Входе дальнейшей психокоррекции психолог составила список страхов, наблюдаемых у мальчика. Были разработаны и проиграны специальные сюжеты с угрожающими для ребенка ситуациями: «закрытые двери», «новая одежда», «новый человек», «много людей», «сильный шум» и пр.

Кроме индивидуальных игровых методов психологической коррекции страха у аутичных детей, мы используем групповые формы работы. Наиболее эффективными в групповых занятиях оказались такие психокоррекционные технологии, как психогимнастика и арт-терапия.

Психогимнастика как метод коррекции страхов у детей с аутизмом

Психогимнастика, впервые предложенная чешским психологом Г. Юновой и модифицированная М. И. Чистяковой, широко используется при работе с детьми с эмоциональными нарушениями [Чистякова, 1990].

Психогимнастика — это метод психологической коррекции, при котором ее участники проявляют себя и общаются без помощи слов [Осипова, 2000]. Термин «психогимнастика» может использоваться как в широком, так и в узком значении. В первом случае он служит обозначением курса специальных психокоррекционных занятий, направленных на формирование и коррекцию различных сторон психики ребенка: познавательных, эмоционально-волевых, эмоционально-личностных. Во втором под психогимнастикой понимаются специальные психокоррекционные техники, в основе которых лежит использование двигательной экспрессии как главного способа коммуникации в группе. Являясь невербальным методом психологической коррекции, психогимнастика направлена на обучение детей выражению переживаний, эмоциональных состояний, эмоциональных проблем с помощью движений, мимики, пантомимики, танца, игры.

Г. Юнова в работе с детьми считает целесообразным включение в психогимнастические занятия элементов ритмики, пантомимы, коллективных танцев и игр. Занятия имеют трехчастную структуру.

Первая фаза - снятие напряжения с помощью различных вариантов бега, ходьбы, имеющих социально-психологическое значение (например, кого выбрать в напарники и т. д.).

Вторая фаза — пантомима (например, изображение страха, растерянности, удивления и пр.).

Заключительная —третья — фаза имеет своей целью закрепление у ребенка чувства принадлежности к группе.

М. И. Чистякова [1990], модифицируя метод Г. Юновой, выделила четыре фазы занятий с детьми с эмоциональными нарушениями:

1. Мимические и пантомимические этюды. Задача детей состоит в изображении отдельных эмоциональных состояний, связанных с переживаниями телесного и психического комфорта и дискомфорта. В данной части занятия они знакомятся с элементами выразительных движений: мимикой, жестами, позой, походкой.
2. Этюды и игры, направленные на выражение отдельных свойств личности и эмоций. Задачами этого этапа являются: моделирование поведения персонажей с теми или

иными чертами характера, закрепление и расширение уже полученных детьми сведений о социальной компетентности. Психологом осуществляется привлечение внимания детей ко всем компонентам выразительных движений одновременно.

3. Этюды и игры, имеющие терапевтическую направленность на определенного ребенка и на группу в целом. Цель этой фазы — коррекция настроения, отдельных черт характера ребенка, тренинг поведения в стандартных ситуациях. 4. Психомышечная тренировка. Направлена на снятие эмоционального напряжения, внушение желательного настроения и поведения. Между первой и второй фазами делается перерыв на несколько минут, во время которого дети предоставлены сами себе. Между третьей и четвертой фазами рекомендуется включать этюды на развитие внимания, памяти, воображения. Все этюды, по мнению автора, должны быть коротки и доступны пониманию детей. Мы использовали методы психогимнастики при работе с аутичными детьми, особенно с тяжелой степенью тяжести аффективной дезадаптации (первая И вторая группы).

Основные задачи занятий:

1. Снятие эмоционального напряжения у детей с помощью специальных игр.
2. Обучение детей имитации движений.
3. Обучение детей восприятию и пониманию невербальных сигналов. Занятия психогимнастикой с аутичными детьми предъявляют повышенные требования к их организации.

1. Состав группы Должен быть разнородным. В группу могут входить здоровые дети (братья, сестры аутичных детей, знакомые, друзья семьи).
2. Численность группы для детей дошкольного возраста должна быть не более 4—5 человек, для детей младшего школьного возраста — 6—7 человек, для средних и старших школьников — не более 10 человек.
3. В группу обязательно необходимо включить ребенка или двух детей, легко вживающихся в роли, с артистическими наклонностями.
4. Для детей с тяжелой степенью аффективной патологии желательно присутствие в группе волонтеров или помощников психолога. Численный состав группы — не более 5 человек.
5. Если дети отказываются заниматься, уходят с занятия, не следует принуждать их.
6. Задания необходимо предъявлять детям дозированно, с обязательными комментариями психолога по ходу выполнения их детьми и поощрением даже минимальной активности ребенка.

На *установочном этапе* с целью снижения уровня генерализованного страха, наблюдаемого у детей первой и второй группы, в начале каждого занятия психолог предлагает игры, включающие аутостимуляции, наблюдаемые у ребенка. Например, игры на раскачивание и размахивание руками: «Лодочка», «Качание в одеяле», «Мои ручки» и др.

Игра «Лодочка»

Цель. Установление эмоционального контакта с психологом.

Ход игры. Проводится в группе детей из 2—3 человек. Психолог садится перед детьми и начинает раскачиваться, приговаривая: «Мы в лодочке качаемся, качаемся, качаемся», — и одновременно раскачивается взад и вперед на стуле. Если ребенок не выполняет задание, то можно взять его за руки и раскачиваться вместе.

Комментарий. Эта игра вызывает позитивные эмоциональные реакции у детей. Подключаясь к аутостимуляции ребенка, психолог придает непроизвольным движениям ребенка положительный эмоциональный смысл.

Игра «Мои ручки»

Цель. Установление эмоционального контакта с психологом.

Ход игры. Проводится в группе из 2—3 детей. Участники располагаются перед психологом. Психолог по очереди берет каждого ребенка за руки и ритмично похлопывает своей рукой по руке ребенка, повторяя: «Рука моя, рука твоя. Рука моя, рука твоя...»

Если ребенок активно сопротивляется, отнимает свою руку, психолог продолжает эти действия сам с собой (похлопывая руками по себе) или с другим ребенком.

Игра «Отойди и подойди»

Цель. Установление эмоционального контакта с психологом..

Ход игры. Психолог отходит от ребенка на несколько шагов и руками приглашает его подойти, приговаривая: «Подойди ко мне, хороший мальчик (девочка)». Когда ребенок приблизится, психолог обнимает его, удерживает, если ребенок оказывает сопротивление, старается заглянуть ребенку в глаза, приговаривая: «Какой хороший, умный, красивый и пр.».

Игра «Хоровод»

Цель. Установление эмоционального контакта с психологом и другими детьми.

Ход игры. Проводится в группе из 3—5 человек. Психолог выбирает из группы ребенка, который здоровается с детьми, пожимает каждому из них руку. Ребенок выбирает того, кто будет в центре хоровода. Дети, взявшись за руки, под музыку приветствуют того, кто находится в центре круга. Поочередно в центре круга должны побывать все дети, чтобы группа их поприветствовала.

Комментарий. Эта игра вызывает много положительных эмоций у детей с аутизмом, однако многие из них поначалу отказываются войти в круг, затыкают уши, убегают.

Игра «Догонялки»

Цель. Установление эмоционального контакта с психологом и другими детьми.

Ход игры. Проводится в подгруппах по 2—3 человека. Психолог предлагает детям убегать, прятаться от него. Догнав ребенка, психолог обнимает его, пытается заглянуть ребенку в глаза и предлагает ему догнать других детей. В игре могут участвовать и родители.

В процессе коррекционных занятий особое значение имеет формирование у аутичного ребенка способности к подражанию, которая представляет собой

один из способов усвоения общественного опыта. С этой целью используются следующие психотехнические приемы.

Игра «Передача движений по кругу»

Ход игры. Дети образуют круг. Психолог встает в центр круга и выполняет отдельные движения, например раскачивается, поочередно поднимает правую и левую руку. Дети повторяют за ним.

Игра «Выполнение ритмичных движений на барабане»

Ход игры. Психолог ударяет по барабану в определенном ритме (для начала два коротких удара, затем три и т. д.). Дети должны повторить за ним. Ритмический рисунок постепенно усложняется: короткие удары чередуются с длинными (например, короткий — длинный и т. д.).

Игра «Передача ритма по **кругу»**

Ход игры. Дети образуют круг. Психолог хлопает в ладоши в определенном ритме. Дети должны повторить за ним, хлопая в ладоши в заданном ритме. Затем все хлопают в заданном ритме.

Комментарий. Если ребенок с аутизмом отказывается выполнять задание, уходит из круга, то не следует принуждать его встать на место. Можно предложить повторить заданный ритм только ему и обязательно похвалить его перед детьми.

Как показывает опыт нашей работы, эти занятия активизируют детей с аутизмом, расслабляют их и способствуют налаживанию группового взаимодействия, что является важным элементом психологической коррекции страхов.

На *обучающем этапе мы* предлагаем детям психотехнические приемы, направленные не только на формирование имитационных движений, но и на обучение детей прямому взгляду и другим целенаправленным действиям.

Игра «Моргалки»

Ход игры. Помощники психолога и здоровые дети предлагают детям с аутизмом

пристально смотреть в глаза друг другу как можно дольше. Можно взять ребенка с аутизмом за руки. Это задание желательно проводить под спокойную, расслабляющую музыку. Занятие длится от 1 до 5 минут. Если ребенок отказывается выполнять задание, уходит от напарника, то можно дать ему песочные часы, чтобы он внимательно наблюдал за тем, как высыпается песок.

Многие дети испытывают существенные трудности во время участия в этой игре. Они быстро отвлекаются, уходят в сторону, однако в ходе последующих занятий эффективность выполнения данного задания значительно повышается.

На *собственно коррекционном этапе* занятий мы используем доступные для детей с аутизмом пантомимы, что способствует снятию генерализованной тре-

воги, проявляющейся в эмоциональном напряжении. Детям предлагаются следующие этюды.

Этюд «Я иду по мостику через овраг»

Ход игры. Ребенок встает на скамейку и идет по ней. Психолог комментирует действия ребенка, например так: «Петя идет по доске, внизу овраг. Очень высоко. Петя — смелый мальчик, он продолжает идти, он дойдет до **конца».**

Этюд «Я иду по следам, потому что кругом вода. Я не хочу мочить ноги»

Ход игры. На специальной дорожке нарисованы следы на голубом фоне (воде). Ребенку предлагается пройти по этим следам, не замочить ноги. Психолог комментирует действия ребенка, подбадривает его.

Этюд «Я несу чашку с водой»

Ход игры. Ребенку предлагается любая игрушка, которая изображает чашку (кубик, кегли, пластмассовое кольцо). Ребенок должен на вытянутых руках пронести этот предмет, «не разлить воду и не разбить чашку». В процессе выполнения задания ребенком психолог комментирует его действия.

Данные этюды должны предлагаться поочередно каждому ребенку. Не следует принуждать ребенка обязательно выполнить задание. Необходимо поощрять любую, даже минимальную, активность ребенка.

Детям с легкой степенью выраженности аффективной патологии можно предложить пантомимы, направленные на формирование способности понимать невербальное поведение окружающих и выражать свои чувства и эмоциональные состояния.

Можно использовать следующие психотехнические игры.

Игра «Угадай, что я делаю»

Ход игры. Помощник психолога изображает следующие действия: принимает пищу, пишет письмо, читает книгу, заколачивает гвозди, распиливает дерево, собирает ягоды. Остальные члены группы внимательно смотрят и отвечают на поставленный вопрос: «Что делает играющий?»

Игра «Угадай мое чувство»

Ход игры. Помощнику психолога или здоровому ребенку предлагается выразить какое-либо чувство (удивления, радости, обиды и пр.). Дети показывают на заранее изготовленных карточках, какое чувство изображает ведущий.

Игра «Что я делаю и что чувствую?»

Ход игры. Ведущий изображает, что он идет по улице, наступает на камень и у него возникает боль в ноге. Он расстроен.

Остальные члены группы внимательно смотрят на играющего и отвечают на поставленные психологом вопросы: «Что делает играющий?», «Что с ним случилось?», «Какое у него настроение?»

Эти игры вызывают много позитивных эмоций у детей с аутизмом. Большинство аутичных детей четвертой и третьей групп правильно угадывают действия ведущего, но затрудняются оценить его настроение и особенно чувства. Например, они путают чувство удивления и радости, в то время как чувство обиды большинство из них называет правильно. Здоровые школьники 7—8 лет успешно справляются с предложенными

заданиями [Мартинес, 1996].

В качестве следующего шага на данном этапе занятий мы предлагаем детям самостоятельно невербально выразить свои действия и чувства. С этой целью используются следующие психотехнические приемы.

Игра «Я за стеклом,и меня не сльпшно,я хочу сообщить что-то собеседнику»

Ход игры. Играющий (ребенок или подросток с аутизмом) предварительно на бумаге записывает содержание своей беседы. Например: «Я хочу есть, а есть нечего, кастрюли пустые. Я хочу спросить собеседника, который за стеклом, где же еда». Или: «Я делаю уроки, забыл, что задано на дом. Хочу спросить: а что задано?» Затем он невербально проигрывает эту ситуацию так, чтобы группа догадалась о том, в чем состоит его сообщение.

Игра «Я заблудился в лесу»

Ход игры. Дети по очереди изображают, как они выходят из темного леса, где много препятствий: овраги, болото и пр.

Комментарий. Для имитации препятствий можно использовать мебель (стулья, скамейки и пр.).

Игра «Меня обидели»

Ход игры. Ребенок с помощью пантомимы изображает свое поведение в ситуации, когда чувствует себя обиженным.

Комментарий. Для проигрывания могут быть предложены и другие ситуации, например игра «Пришел мой друг, и я очень рад» и пр. Содержание игр зависит, прежде всего, от проблем, которые наблюдаются у членов группы.

Эти упражнения способствуют установлению эмоционального контакта с членами группы, развитию сотрудничества и взаимопонимания, а также коррекции негативных эмоциональных переживаний, формированию у ребенка с аутизмом активности, самостоятельности, уверенности в процессе межличностного общения.

На ***закрепляющем этапе*** занятий мы используем коллективные пантомимы. Дети самостоятельно разрабатывают сценарии и представляют их другим членам группы. После просмотра проводится коллективное обсуждение. Все это способствует не только закреплению у ребенка чувства принадлежности к группе, но и формированию доверия к группе и уверенности в своих возможностях, развитию эмоционального самоконтроля.

Арт-терапия как метод коррекции страха у детей с аутизмом

Еще в 1930-х годах для коррекции эмоционально-личностных проблем ребенка психоаналитиками был предложен метод арт-терапии. Арт-терапия представляет собой специализированную форму психотерапии, основанную на изобразительном искусстве. Основная цель арт-терапии состоит в развитии самовыражения и самопознания ребенка.

Арт-терапия включает в себя не только рисуночную терапию. К ней относятся и такие виды продуктивной деятельности ребенка, как лепка, аппликация, изготовление масок, фигурок из пластилина, конструкций из подручных материалов (проволоки, материи, веревок и пр.). В исследованиях психологов давно было отмечено, что рисунки детей не только отражают уровень умственного развития, но и являются своеобразной проекцией личности и ее проблем. Рисунок выступает как средство усиления чувства идентичности ребенка, помогает ему узнать себя и свои способности.

Э. Крамер выделяет четыре типа изображений, отражающих как возрастную динамику развития рисунка, так и индивидуально-личностные особен-ности ребенка. Это бесформенные и хаотичные каракули, конвенциальные стереотипы (схемы); пиктограммы и собственно художественные произведения. Каракули, например, с точки зрения авторов, представляя собой исходную стадию детского рисунка, в более старшем возрасте могут выражать чувство беспомощности и одиночества. Стереотипные схематические изображения и пиктограммы, принадлежащие руке взрослого человека, могут отражать сублимацию подавленных желаний или потребность в защите. Особого внимания при анализе рисунков заслуживает цвет. Так, преобладание серых тонов, а также темных

свидетельствует об отсутствии жизнерадостности, а яркие, насыщенные краски характеризуют активный жизненный тонус, оптимизм [Kramer, 1975].

В рисунках детей с аутизмом мы наблюдаем стереотипные символические изображения предметов, преобладание темных тонов (многие дети используют только серый и черный цвет). Все это четко отражает аффективную напряженность ребенка, его переживания. Анализ рисунков детей с аутизмом дает возможность оценить интенсивность их страхов, а Также интерпретировать их содержание.

Пример

Даша, 5 лет 4 месяца, постоянно в своих рисунках изображала «дьявола», который «вредит людям»,

Нередко у детей с легкой формой аффективной дезадаптации наблюдается стереотипное содержание рисунков. Многие дети выбирают одни и те же сюжеты и объекты, то есть изображают аффективно значимые для них объекты.

Пример

Лиза 8 лет, постоянно рисовала лошадей, которые были аффективно значимы для девочки, а Алеша — железные дороги.

В подобном случае психологу иногда достаточно предложить ребенку нарисовать значимые для него объекты или сюжеты, но добавить к ним что-нибудь новое.

Пример

Дима, 5 лет, постоянно рисовал бабочек, раскрашивал их в темно-синий или черный цвет. Психолог рассказала Диме о том, что бабочки бывают разного цвета, принесла специальный альбом с рисунками бабочек, обратила внимание мальчика на их разную форму, цвет. Мальчику было предложено нарисовать бабочек на поляне, в комнате, в стеклянной банке и пр. Мальчик охотно принял задания. Кроме рисования, психолог вместе с мальчиком вырезал бабочек и наклеивал их на карточки. Мальчик охотно включался и в эти задания, расслаблялся. Постепенно уменьшались его тревожность и страхи.

В практике психологической коррекции выделяются две формы арт-терапии: пассивная и активная.

Пассивная арт-терапия в значительной степени позитивно влияет на психический тонус ребенка с аутизмом и на его поведение в целом. Пассивная арт-терапия заключается в том, что ребенок просматривает художественные произведения.

Пример

Со своей группой, которая в основном состояла из детей с тяжелой степенью аффективной дезадаптации, я неоднократно посещала Эрмитаж и Русский музей. Первый раз мы пришли в Эрмитаж в свободное от посетителей время (после шести часов вечера). Большинство детей группы впервые оказалось в этом музее. Когда я проводила экскурсию, то обратила внимание на спокойное и даже расслабленное поведение детей. Они с восхищением созерцали парадную лестницу в Эрмитаже, прогуливались по залам, смотрели на картины. Ни у кого из детей не наблюдалось аффективных или агрессивных реакций, что нередко имело место на занятиях в центре. Единственное замечание было сделано двум мальчикам, которые в рыцарском зале постучали по железным фигурам, другой мальчик попытался ударить ногой по ноге рыцаря. Родители также обратили внимание на спокойное, расслабленное состояние детей во время экскурсии. В Русском музее я пыталась привлечь внимание детей к картинам. Например, картина А. А. Иванова «Явление Христа народу» произвела сильное впечатпение на многих, особенно старших, детей. Илья, 16 лет, долго рассматривал картину и несколько раз повторил фразу: «Христос воскрес». В залах с очень сильным освещением дети испытывали некоторый дискомфорт, отвлекались на свет, закрывали глаза. Особый интерес вызвали у детей картины А. И. Куинжди «Ночь на Днепре», И. И. Левитана «У омута», картины А. А. Иванова на библейские темы. После экскурсий я приносила на каждое занятие альбомы с репродукциями, и мы с детьми вспоминали

увиденные в музеях картины. Родителям также было рекомендовано рассказывать детям о картинах, показывать диапозитивы и репродукции. Следует подчеркнуть большой интерес детей с аутизмом, даже первой и второй групп, к таким занятиям.

В отечественной психологии методы арт-терапии используются и в коррекции, психических заболеваний у взрослых [Бурно, 1989; Хайкин, 1992] и неврозов у детей [Захаров, 1995]. В работах авторов подчеркивается высокая эффективность арт-терапии в коррекции страхов у детей и подростков.

Занятия на основе арт-терапии могут быть структурированными и неструктурированными. На структурированных занятиях тема рисования предлагается психологом. После окончания выполнения рисунков они обсуждаются совместно с детьми. В случае неструктурированных занятий дети самостоятельно выбирают тему. С детьми с аутизмом следует использовать обе формы занятий.

В процессе работы с аутичными детьми на основе метода арт-терапии мы выделили несколько этапов.

На первом, *установочном,* этапе детям предлагается нарисовать то, что они хотят. В процессе рисования психолог наблюдает за действиями детей, анализирует особенности графических движений, качество рисунков, мотивацию детей к рисованию, специфические поведенческие реакции. По окончании выполнения детьми рисунков психолог анализирует в группе детей их рисунки, даже если они представлены лишь хаотичными штрихами или отдельными каракулями. Рисунки располагаются на специальной доске. Это активизирует детей с аутизмом и способствует формированию интереса к рисованию.

На *втором этапе* занятий детям предлагается рисовать красками. Психолог показывает краски, погружает руку ребенка в них и затем прикладывает ее к чистому листу бумаги, а также водит пальцем по бумаге в вертикальном, горизонтальном направлении или по кругу. Обычно эти занятия вызывают позитивный интерес, особенно у детей с тяжелой степенью аффективной патологии. При выполнении заданий дети заметно оживляются, издают звуки и достаточно продолжительное время сосредоточиваются на задании. После окончания рисования проводится обсуждение рисунка и поощрение каждого ребенка.

На *третьем этапе* занятий детям со средней степенью тяжести аффективной дезадаптации предлагаются тематические рисунки, например: «Я гуляю», «Я кушаю», «Я рву бумагу», «Я купаюсь в ванне» и пр., а также рисунки на тему имеющихся страхов: «Что мне снится страшного», «Чего и кого я боюсь»,

«Мой самый страшный день» и пр. Каждый рисунок обсуждается с ребенком в группе и также поощряется (выставляется на специальную доску).

Занятия *четвертого этапа* направлены на устранение страхов. Психолог совместно с родителями ребенка составляет список страхов, затем предлагает ребенку нарисовать их. Дети рисуют свои страхи дома и приносят рисунки на занятия. В процессе анализа детского рисунка психолог каждый раз выражает одобрение, вызывая у ребенка гордость за выполненное задание.

Спустя несколько дней психологу необходимо провести индивидуальное обсуждение рисунков с ребенком. Он последовательно показывает ребенку его рисунки и задает вопрос: «Боишься ли ты нарисованного... (дьявола, поезда и пр.)?» Отрицание ребенка обязательно необходимо закрепить похвалой. Если ребенок напрягается, волнуется при рассматривании рисунков собственных страхов, можно предложить ему вырезать страх из рисунка.

Пример

Даша вместе с психологом вырезала дьявола из готового рисунка, положила его около себя и стала двигать его из стороны в сторону. Психолог приговаривала: «Дьявол, мы тебя не боимся, ты не страшный, мы с тобой играем».

В отдельных случаях можно предложить ребенку «уничтожить» нарисованный

страх. Например, разрезать на кусочки рисунок, порвать его и выкинуть в урну или сжечь. Однако такой прием мы не рекомендуем использовать часто, так как любой рисунок ребенка — это продукт его деятельности, и его уничтожение может вызвать у ребенка негативную реакцию. Целесообразнее предложить ребенку нарисовать оставшиеся у него страхи снова.

На *заключительном этапе* можно предложить ребенку нарисовать то, чего он уже не боится. Такая установка является дополнительным стимулом к преодолению страха.

Следует еще раз подчеркнуть, что важным принципом арт-терапии детей с аутизмом является обязательное одобрение и принятие всех продуктов изобразительной деятельности ребенка, независимо от их содержания, формы и качества.

Музыкотерапия в системе психологической коррекции страха у детей с аутизмом

В психологической коррекции детей с эмоциональными нарушениями широко используется музыкальная терапия.

В психологической литературе выделяются четыре основных направления психокоррекционных воздействий музыкотерапии:

1) эмоциональное активирование в процессе психотерапии;
2) регулирующее влияние на психовегетативные процессы;
3) развитие навыков межличностного общения;
4) повышение эстетических потребностей.

В качестве психологических механизмов психокоррекционного воздействия музыкотерапии авторы указывают [Завьялов, 1995]:

- катарсис — эмоциональную разрядку;
- регулирование эмоционального состояния;
- усвоение новых способов эмоциональной экспрессии;
- повышение социальной активности и др.

Традиционно используется несколько вариантов музыкотерапии: рецептивная музыкотерапия, которая предполагает восприятие музыки с коррек-ционной целью, и активная, представляющая собой коррекционно-направ-ленную, активную музыкальную деятельность. При работе С аутичными детьми Целесообразно использовать оба данных варианта музыкальной психокоррекции.

Рецептивную музыкотерапию следует использовать на установочных этапах психологической коррекции для решения следующих задач:

1) установление эмоционально-доверительных контактов с психологом и членами группы;
2) создание доверительной, эмпатийной атмосферы в группе;
3) снижение эмоционального дискомфорта и др.

Так, групповые занятия с детьми с тяжелой формой аффективной дезадаптации проводятся нами на фоне музыкального сопровождения, особенно на установочном этапе. Мы используем специально подобранные музыкальные произведения в различных целях: для расслабления, активизации, ускорения деятельности. Кроме того, специальные ритмические мелодии становятся основой для выполнения упражнений во время разминки. Особенно ценно, если существует возможность заниматься под «живую» музыку. У нас, например, была возможность пригласить музыкального работника (волонтера), который на пианино воспроизводил нужные мелодии.

Следует подчеркнуть, что в то время, как у большинства детей с аутизмом наблюдается положительное отношение к музыкальным произведениям, некоторые могут, напротив, демонстрировать крайний негативизм к музыкальному сопровождению. Это может быть обусловлено следующими факторами:

- отрицательными ассоциациями, которые вызывает музыка у ребенка;
- неподготовленностью ребенка с аутизмом к восприятию музыки;
- клинико-психологическими особенностями ребенка.

Пример

Алеша, блет, при прослушивании пластинки с ритмичной музыкой проявлял выраженное аффективное возбуждение: бегал из стороны в сторону, кричал, размахивал руками, пытался опрокинуть проигрыватель. При прослушивании других музыкальных произведений у мальчика таких реакций не наблюдалось. В беседе с родителями выяснилось, что мальчик очень любит музыку, но однажды при прослушивании ритмичной мелодии перевернул проигрыватель, за что был наказан отцом: отец громко ругал мальчика, а бабушка заступалась за внука. В результате этого в семье возникала конфликтная ситуация, которая сопровождалась громкими упреками родственников в адрес друг друга.

Включение музыкального сопровождения в процесс групповых занятий требует определенной организации. Дети с аутизмом негативно реагируют на новизну. Например, если во время занятий в помещении не было пианино, а потом оно появилось, то у ребенка может возникнуть аффективная реакция. Он будет подбегать к инструменту, ударять по нему и пр. Поэтому включение музыкального сопровождения в процесс занятий требует предварительной подготовки.

Как отмечалось выше, у детей с аутизмом наблюдается повышенная чувствительность. Поэтому при очень громком или фальшивом воспроизведении музыкального произведения дети испытывают выраженный эмоциональный дискомфорт, что проявляется в повышенном возбуждении, уходе от ситуации. Детей с аутизмом может раздражать ненастроенное пианино, скрипучий звук hа пластинке или диске, фальшивый голос музыкального работника или психолога.

Кроме рецептивной музыкотерапии в процессе группового взаимодействия детей с аутизмом можно использовать *активную форму занятий.* Используются следующие игры:

Игра «Угадай, кто идет»

Цель. Обучение ребенка произвольной регуляции своих действий.

Ход игры. Психолог предлагает ребенку воспроизвести отдельные звуки на пианино: громкий удар— идет медведь, быстрые движения — бежит заяц, тихие ритмичные постукивания — птички зернышки клюют и пр. Остальные члены группы угадывают, кто идет. Обычно дети с удовольствием выполняют предложенные задания.

Игра «Сильный стук — слабый стук»

Цель. Обучение ребенка произвольной регуляции своих действий.

Ход игры. Психолог или помощник психолога удерживают бубен, и дети поочередно ударяют по бубну по инструкции психолога: «Ударим громко», «Ударим тихо».

Комментарий. Как правило, дети с аутизмом, в связи со склонностью к стереотипиям, пытаются ударять по бубну много раз. Не следует останавливать ребенка, но обязательно надо обратить его внимание на силу удара, приговаривая: «Молодец, ты ударил громко (тихо)». Аналогичные игры можно проводить с ложками, четками и пр.

Игра «Хоровое пение»

Ход игры. Музыкальный работник издает отдельные протяжные звуки и просит детей повторить их.

Комментарий. Если дети отказываются выполнять задание, необходимо продолжать пение до тех пор, пока ребенок не присоединится к ведущему. Обязательно необходимо поощрить ребенка.

Рекомендуется усложнять задания, использовать коллективные игры на ложках, бубнах и других инструментах.

С целью коррекции страхов у детей с аутизмом целесообразно использовать **индивидуальную музыкотерапию.** Традиционно выделяются три уровня индивидуальной музыкотерапии: коммуникативный, реактивный и регулирующий [Вольперт, 1972].

На *коммуникативном уровне* усилия психолога направлены на установление эмоционального контакта с ребенком. В специально оборудованной игровой комнате

специалист совместно с ребенком слушает музыку. На данном этапе используются мелодичные произведения классиков. Ребенок играет или танцует под музыку, психолог наблюдает за ним и поощряет его. Важно, чтобы к концу занятия он мог приблизиться к ребенку, взять его за руку, погладить по спине и пр.

На *реактивном уровне,* цель которого заключается в катарсисе, ребенок под музыку играет с пугающим его предметом. Например, ребенку предлагается кукла-страшилка. Сначала он должен дать ей имя. Затем под звуки ритмичной музыки он начинает взаимодействовать с ней в соответствии с инструкцией психолога: «„Страшилка" начинает убегать от нас, мы ее ловим, кидаем, прогоняем, она от нас уходит».

На *регулирующем уровне* психолог предлагает различные ситуации, в которых могут оказаться «страшилка» и ребенок. Ребенка просят выбрать музыку, под которую «страшилка» общается с ним: медленную, расслабляющую или быструю, активизирующую. Выбор музыки подчеркивает особенности эмоционального состояния ребенка и его отношение к пугающим объектам.

Как показывает опыт нашей работы, использование музыкального сопровождения в процессе психологической коррекции страхов у ребенка способствует усилению его активности, эмоциональному вовлечению в игру, улучшению эмоционального фона. Большинство детей с аутизмом предпочитает тихую, спокойную, плавную и мелодичную музыку. Она способствует снижению тревожности, страха, особенно на начальных этапах общения психолога с ребенком. Активирующее влияние на последующих этапах психологической коррекции страха у детей с аутизмом оказывает ритмичная музыка, которую можно использовать как в процессе группового взаимодействия, так и в процессе индивидуальных занятий.

Следует подчеркнуть, что музыкотерапия, арт-терапия, игровая терапия и другие методы представляют собой лишь способы психологического воздействия, то есть психокоррекционные технологии. В свою очередь, сложность, многообразие и специфика эмоциональных проблем у детей с аутизмом требуют системного подхода к разработке психокоррекционных программ с использованием этих и других психокоррекционных технологий.

Глава 18
ЭТАПЫ И СПЕЦИФИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНЬЮ АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ

Как отмечалось выше, сложная, искаженная структура психического дефекта при раннем детском аутизме требует реализации комплексного подхода в психологической коррекции. Необходимо привлечение к психокоррек-ционной работе специалистов различного профиля: детских психиатров, невропатологов, логопедов, психологов, педагогов-воспитателей, музыкального работника и других.

Важным принципом работы с детьми с тяжелой степенью аффективной дезадаптации является строгое соблюдение этапности психокоррекционных воздействий с учетом особенностей эмоционального, интеллектуального и речевого дефектов. Психокоррекционный процесс должен исходить из уровня развития эмоциональной и интеллектуальной регуляции поведения ребенка.

Психокоррекционные занятия должны проводиться с участием родителей, так как ряд важных коррекционных мероприятий дети должны повторять дома.

В отечественной психологии разработано направление коррекции эмоциональных расстройств у детей с аутизмом на основе уже упоминавшегося выше уровневого подхода [Лебединский, 1985; Лебединская, Никольская, 1988; Эмоциональные нарушения..., 1990; и др.].

Целями психологической коррекции в работе с детьми с тяжелой степенью

психической дезадаптации являются:

1. Преодоление негативизма.
2. Установление контакта с аутичным ребенком.
3. Снижение сенсорного и эмоционального дискомфорта.
4. Устранение тревоги, беспокойства, страхов.
5. Уменьшение отрицательных аффективных форм поведения: влечений, агрессии.

При этом одной из главных задач психологической коррекции является преимущественная ориентация на сохранные резервы аффективной сферы с целью достижения общего расслабления, снятия патологического напряжения с одновременным увеличением произвольной активности ребенка.

Важной задачей психокоррекционной работы является также развитие у ребенка доступных ему способов аффективной адаптации к своему окружению, прежде всего к близким для него людям.

Вся коррекционная работа проводится поэтапно. На основе опыта многолетней работы нами были выделены следующие актуальные направления групповых занятий с детьми с аутизмом с тяжелой степенью аффективной дезадаптации:

1. Установление эмоционального контакта с психологом и членами группы.
2. Формирование произвольной активности и произвольного поведения в процессе группового взаимодействия.
3. Коррекция аффективных форм поведения в процессе специально организованных групповых игр.

Обязательно соблюдение следующих методических требований к занятиям:

1. Любые задания должны предлагаться в наглядной форме.
2. Объяснения должны быть простыми, повторяющимися по несколько раз, в одной и той же последовательности, в одних и тех же высказываниях.
3. Речевые инструкции должны предъявляться голосом разной громкости, с обращением особого внимания на тональность. Не рекомендуется говорить с ребенком громким голосом. Зачастую целесообразно перейти на шепотную речь.
4. Занятия необходимо проводить в одно и то же время и в одном и том же месте.
5. После выполнения задания психолог должен обязательно обращать внимание ребенка и окружающих на его успехи. Даже минимальная активность ребенка с аутизмом требует обязательного поощрения.

Нами выделены четыре основных этапа групповых психокоррекционных занятий с детьми с тяжелой формой аффективной дезадаптации: установочный, подготовительный, реконструктивный и закрепляющий.

Таблица 18 Динамика групповой психокоррекции детей с аутизмом с тяжелой формой аффективной дезадаптации

Этапы	**Задачи**	**Психокоррекционные приемы**
Установочный	Образование группы как целого. Формирование положительного настроя на занятия у родителей и детей. Диагностика особенностей поведения ребенка	Свободные игры в помещении, предназначенном для занятий. Свободная игра (дети в небольшой группе самостоятельно выбирает занятия, психолог наблюдает за ними и вмешивается в игру только в том случае, если наблюдается ситуация опасности, аутоагрессии и пр.)
Подготовительный	Структурирование группы. Формирование эмоционального контакта с психологом. Создание	Имитация аутостимуляций ребенка, подбадривание его, проговаривание его действий. Ритуальные игры: «Хоровод», «Подкидыш»,

	эмоционально-значимой для ребенка обстановки	«Паровозик» и др.
Реконструктивный	Формирование активности у Формирование произвольного поведения. Коррекция неадекватных эмоциональных реакций	Использование имитационных, манипулятивных игр с включением аффективно-значимого для ребенка игрового материала
Закрепляющий	Закрепление у ребенка произвольных форм поведения, активности	Специальные подвижные игры на фоне группового взаимодействия. Поощрение активности ребенка. Обязательное проговаривание прошедших и предстоящих занятий

На *первом этапе* важной задачей психологической коррекции является установление эмоционального контакта, от ее правильного решения зависит успешность дальнейших психокоррекционных воздействий.

Рассмотрим основные психокоррекционные приемы, направленные на формирование эмоционального контакта с ребенком.

Важным приемом психологической коррекции детей с тяжелой степенью аффективной патологии является создание для них адекватно организованной среды и поддержание особого аффективного режима занятий. Как мы уже отмечали, регулярность и структурированность занятий чрезвычайно важна для детей с тяжелой формой аффективной патологии, так как у большинства из них наблюдаются стереотипы поведения, которые являются обязательным компонентом адаптации ребенка. Стереотипии снижают эмоциональный дискомфорт у ребенка, способствуют ощущению стабильности, надежности окружающего мира. Поэтому в процессе занятий необходимо постоянно поддерживать сложившиеся стереотипы: должен быть постоянный состав группы, постоянное помещение, одно и то же время начала и окончания занятий со строгим соблюдением ритуалов. Опыт нашей работы показывает, что несоблюдение этих правил может привести к аффективным реакциям у детей и срывам занятий.

Для поддержания сложившегося стереотипа занятий целесообразно использовать такой прием, как «проговаривание» с ребенком в домашних условиях хода занятий. Мы предлагаем родителям перед засыпанием ребенка озвучивать последовательность занятия, на котором он присутствовал. Например: «Петя сегодня занимался в группе. Там были... (перечислить всех присутствовавших). Петю дети окружили, он был в центре круга, и все пели, потом в круг встала Оля, потом Митя, потом... Петя поймал мяч, передал его Кате, Катя передала Ирине Ивановне, и т. д.». Отметим, что такого рода проговаривание активно используют родители в процессе общения с детьми первого года жизни. Особую важность имеет интонация проговаривания: она должна быть размеренной, распевной, ласковой. Желательно, чтобы проговаривание перед засыпанием ребенка поочередно осуществляли оба родителя.

Для поддержания эмоционального режима непосредственно на занятиях коррекционной группы «проговаривание» или комментарии может использовать и сам психолог. Для этого он в ходе предварительной беседы с родителями выясняет важные для ребенка аффективные моменты его жизни и рассказывает другим детям о них.

Пример

Психолог рассказала группе об одном событии из жизни участника группы Петра: «Петя гулял с папой в лесу, и они нашли ежа. Петя посмотрел на ежа, потрогал его и сказал папе: „Еж". Ежик был колючий, и у него были иголки». Петя внимательно слушал рассказ психолога и неожиданно для всех несколько раз повторил слово «еж».

Необходимо проговаривать не только прошлые события, но и предстоящие.

Например, говорить детям заранее, чем им предстоит заниматься дальше. Это очень помогает психологу, если у ребенка наблюдаются навязчивые действия. Например, многие дети с аутизмом любят включать и выключать свет, открывать и закрывать двери, ящики, поднимать и опускать шторы и пр. Психолог, зная такие особенности поведения ребенка, должен сам предложить ему включить свет, достать игрушку из ящика или закрыть дверь. При этом необходимо четко проговаривать свои просьбы еще до того, как ребенок начнет выполнять свои любимые действия.

Пример

Саша, 7лет 8месяцев, постоянно включал и выключал свет. Мальчику нравилось манипулировать с выключателем: он смотрел, щурясь на лампу, затем выключал свет, снова включал и продолжал делать это в той же последовательности. Как только Саша вошел в зал, психолог, стоя около выключателя, предложила мальчику зажечь свет. Саша внимательно посмотрел на психолога, отошел в сторону и через некоторое время выполнил просьбу. Психолог и дети поблагодарили Сашу, похлопали ему. В беседе с детьми психолог рассказала о том, как Саша помог ей включить свет. После этого мальчик при входе в зал самостоятельно включал свет, но уже не выключал его.

В процессе занятий очень важен сенсорный комфорт для детей с аутизмом. Это достигается не только организацией спокойной, щадящей для ребенка обстановки помещения, исключающей наличие каких бы то ни было посторонних раздражителей, ярких и скрипучих предметов, но и внешним видом членов группы, позитивным эмоциональным настроем психолога на занятие, отсутствием посторонних лиц.

Поскольку дети с тяжелой степенью аффективной патологии отличаются крайне низкой произвольной психической активностью, это затрудняет проведение с ними коррекционных занятий. Для усиления психической активности в ситуацию индивидуальных игровых занятий целесообразно вводить дополнительные психокоррекционные приемы в виде музыки, ритмики, пения, шепотной речи и пр. Кроме того, у многих детей с аутизмом наблюдается пристрастие к одному предмету, с которым ребенок не расстается в процессе занятий, предпочитая играть только с ним. В связи с этим необходимо еще раз напомнить о необходимости соблюдения в ходе занятий принципа стимуляции и поддержки развития сохранных сторон психики, преобладающих интересов и эмоциональных пристрастий.

Пример

Вова постоянно приходил на занятие с маленькой стеклянной бутылочкой, которую он все время сжимал в правой руке. Мать мальчика отмечала, что он любит стеклянные предметы. Психолог предварительно подготовила для мальчика бутылочки разной величины. Занятие вызвало у мальчика огромный интерес. Он показывал большие и маленькие бутылочки, расставлял их в убывающем и возрастающем порядке. Па дальнейших занятиях психолог предложила мальчику конструировать геометрические фигуры из этого материала.

Для установления эмоционального контакта с ребенком необходимо использовать аутостимуляции, наблюдаемые у ребенка в процессе занятий.

Например, если ребенок постоянно раскачивается, можно предложить ему игры «Лодочка», «Качание в одеяле» и др. (описание игр приводится в гл. 17). Если ребенок подпрыгивает, встряхивает руками, то можно провести игру «Зайчики». Если ребенок постоянно щурится, глядя на свет, следует предложить ему игру «Моргалки», а в ответ на постоянное постукивание по столу или стене — игру «Постучим». Таким образом, имеющиеся у ребенка аутостимуляции мы переводим в социально-приемлемую форму.

Опыт нашей работы показывает, что тактильный контакт с ребенком имеет важное значение в формировании эмоционального общения с ним. Решение этой задачи успешно осуществляется в процессе специальных игр, таких как «Мои ручки», «Отойди и подойди» и др.

Дети с аутизмом очень любят ритмичные постукивания, движения, интонации,

ритмичную музыку. Очень важным для эмоционального контакта с ребенком является озвучивание психологом заданной ритмической формы. С этой целью можно использовать различные потешки, стихи, например игру «Пальчики в лесу» (см. гл. 15).

У детей с тяжелой формой аффективной дезадаптации также необходимо развивать способность к подражанию. С этой целью можно использовать следующие психотехнические игры.

Игра «Птички»

Цель. Развитие эмоционального контакта ребенка с психологом и обучение ребенка подражанию действиям взрослых.

Ход игры. Психолог показывает детям, как птицы взмахивают крыльями, и приглашает детей «прилететь» к нему. Если ребенок не выполняет движение (взмах руками), психолог помогает ему.

Задание можно усложнить. Психолог присаживается на корточки и стучит пальцем по полу, показывая детям, как птички клюют зернышки.

Комментарий. Это упражнение предлагается и на последующих занятиях.

Игра «Обезьянка»

Цель. Обучение подражанию мелким движениям рук.

Оборудование. Игрушечная обезьянка.

Ход игры. Дети стоят в кругу, психолог показывает обезьянку и рассказывает, как она любит подражать. Психолог поднимает руку, потом делает это же движение с обезьянкой, потом предлагает детям выполнить это движение самим или на обезьянке. Затем движения усложняются: взмах рукой, хлопание в ладоши, постукивание и пр.

Игра «Догонялки»

Цель. Развитие эмоционального контакта ребенка с психологом и с группой, обучение ребенка подражанию действиям взрослых.

Ход игры. Проводится в подгруппах из 2—3 человек. Психолог предлагает детям убегать, прятаться от него. Догнав ребенка, психолог обнимает его, пытается заглянуть в глаза ребенку и предлагает ему догнать других детей.

Аналогичные игры можно проводить с куклой — в этом случае дети поочередно показывают действия на ней. Учитывая наличие страхов у детей с аутизмом, трудности контакта с ними, можно предлагать выполнять активные роли родителям, а также здоровым детям, участвующим в занятиях.

На ***втором этапе*** коррекционных занятий можно предложить детям разнообразные манипулятивные игры с предметами, что способствует развитию у них зрительного и осязательного восприятия. Очень важно формировать у ребенка представление о собственном теле, его частях, сторонах. В то время как здоровый ребенок в процессе многообразных действий с предметами учится различать их форму, величину и другие признаки, ребенок с аутизмом чаще совершает стереотипные действия с предметами (подкидывание, катание, сту-чание и пр.). В процессе занятий психолог должен учитывать эти особенности и обучать ребенка восприятию формы в контексте этих действий. Опыт нашей работы показал, что специальные занятия, направленные на развитие гностических процессов, моторных функций, целесообразно проводить с ребенком индивидуально. Вместе с тем с этой целью можно использовать и следующие групповые психотехнические игры.

Игра «Поймай игрушку»

Цель. Обучение ребенка различению формы.

Оборудование. Круглые летающие тарелки, шары, пластмассовые кубы и бруски.

Ход игры. Психолог или помощник психолога встает на стул, держит предмет за веревку и предлагает ребенку поймать предмет или покачать его. В процессе выполнения ребенком задания психолог называет форму предмета.

После этого ребенку предлагается выбрать названную психологом фигуру и покидать ее.

Игра «Возьми, положи, брось»

Цель. Развитие умения слушать и понимать речевую инструкцию, совершенствование предметно-практических манипуляций.

Оборудование. Кегли, корзина или коробка.

Ход игры. Психолог ставит на стол кегли, предлагает детям взять их и кинуть в коробку, которая находится в двух метрах от него. Если дети успешно справились с заданием, можно организовать соревнование «Кто быстрее?».

Занятие можно усложнить. Детям предлагается закинуть кегли в коробку с учетом цвета.

Игра «Найди место для игрушки»

Оборудование. Кегли, мячи и коробки с разными отверстиями. *Ход игры.* Психолог предлагает ребенку поочередно положить кегли или мячи на место. Можно организовать соревнование.

Комментарий. Аналогичные занятия можно организовать и за столом.

Игра «Собери фигурки»

Оборудование. Доски Сегена.

Ход игры. Небольшая группа детей располагается за столом. Каждому ребенку предлагается по команде собрать и разобрать доски.

Со временем игры можно усложнять за счет необходимости дифференцировать более сложные формы, величины предметов и пр.

На ***третьем этапе*** психологической коррекции можно перейти от мани-пулятивной игры к сюжетно-манипулятивной. Важным моментом является формирование игровых штампов у детей с помощью многократных повторений игр с последовательным включением новых игровых действий.

Игра «Пришел Мурзик поиграть»

Цель. Формирование у детей игровых манипулятивных действий.

Оборудование. Игрушечный кот Мурзик и различные объемные предметы в специальном полиэтиленовом мешке.

Ход игры. Проводится в небольшой подгруппе детей. Психолог показывает детям кота Мурзика, надетого на руку. Кот Мурзик здоровается с каждым ребенком. Затем Мурзик (в руках психолога и с его помощью) показывает детям прозрачный полиэтиленовый мешок с предметами, которые он принес, и предлагает каждому ребенку взять фигурки — столько, сколько хочется, и расставить их на столе.

Следует отметить, что многие дети с аутизмом, как правило, «хватают» большое количество предметов. Не следует им делать замечание, однако в процессе занятия необходимо обратить внимание всех ребят на детей, которые успешно справились с заданием. На последующих занятиях рекомендуется менять игрушки, предлагать детям машинки, маленькие куклы, кубики и пр.

На дальнейших этапах психологической коррекции психолог усложняет деятельность ребенка, переходя к более сложным играм и упражнениям, направленным на формирование познавательных процессов (восприятия, внимания, памяти) и произвольного поведения (см. гл. 14). Еще раз напомним, что, кроме групповых занятий, детям с тяжелой формой аффективной патологии рекомендованы индивидуальные занятия, направленные на коррекцию гностических и речевых процессов.

Основными задачами *закрепляющего этапа* психологической коррекции являются:

1. Формирование положительных эмоциональных контактов между детьми в коррекционной группе путем создания положительного микроклимата.

2. Преодоление негативных эмоциональных переживаний и реакций (негативизма, страха, оппозиции и пр.), закрепление усвоенных форм поведения и общения.

3. Перенос усвоенного опыта на процесс общения вне коррекционной группы (в семье, детском коллективе).

Решение этих задач осуществляется в процессе подвижно-ролевых, подвижно-

соревновательных и сюжетных игр. Особенно важным является обучение детей навыкам принятия решений. С этой целью мы предлагаем на этом этапе группе такие правила, как выбор игры и распределение игрушек с помощью жребия, очередности. Психолог должен видеть и поощрять любую инициативу и активность ребенка: хвалить его в присутствии группы, давать ему возможность исполнять роль ведущего. Освоение ребенком новых игровых форм является чрезвычайно сложной задачей и требует от психолога максимума усилий.

Глава 19
СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С АУТИЗМОМ. ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

По данным некоторых авторов, лишь незначительный процент детей с точно установленным диагнозом аутизма могут в дальнейшем жить самостоятельно и стать полноценными членами общества. Более половины детей, страдающих аутизмом, нуждаются в уходе в условиях стационара. У значительной части больных после многих лет, проведенных в больнице, развиваются признаки хронической шизофрении. У 25—30% больных со временем появляется эпилепсия, то есть подавляющее большинство детей с аутизмом остаются инвалидами на всю жизнь [Wolf, Townsend et al., 1991; Мнухин, Зеленецкая, Исаев, 1967; Каган, 1981; Башина, 1990; и др.].

В работах иностранных авторов отмечается, что 1—2% детей с аутизмом достигают нормального уровня развития интеллекта и не отличаются от обычных детей. Приблизительно у 10% детей наблюдается положительный результат, что находит отражение в близком к нормальному уровне развития речи и социального поведения. У них отмечаются успехи в учебе или на работе, однако имеют место некоторые расстройства речи и личности. Около 20% детей по мере взросления демонстрируют прогресс в учебе и в социальной сфере, несмотря на значительное отставание в речевом развитии. Между тем почти у 70%, то есть у подавляющего большинства больных аутизмом, с возрастом наблюдается лишь незначительный прогресс на фоне существенного отставания в развитии, в результате чего они вынуждены находиться под присмотром [цит. по: Мэш, Вольф, 2003, с. 349].

Э. Мэш и Д. Вольф подчеркивают, что коэффициент интеллекта и уровень речевого развития являются наиболее надежными показателями для прогноза дальнейшего развития детей с аутизмом. У детей с коэффициентом интеллекта не выше 50 баллов наиболее вероятны самые низкие уровни социальной адаптации, а если этот коэффициент выше 50 баллов, вероятность достижения более высокого уровня социальной адаптации возрастает. Дети, начинающие говорить до пятилетнего возраста, также имеют более оптимистические прогнозы [Мэш, Вольф, 2003].

На наш взгляд, ориентация на уровневые характеристики интеллекта с целью прогнозирования эффективности социальной адаптации ребенка с аутизмом далеко не достаточна и методологически неверна. Для оценки прогноза эффективности социальной адаптации детей с аутизмом необходимо учитывать степень выраженности аффективной патологии, уровень развития коммуникативной стороны речи, уровень развития невербального (практического) интеллекта, уровень развития игровой деятельности, качество развития школьных навыков и умений, а также особенности поведения.

При оценке интеллектуального развития необходимо принимать во внимание уровень развития невербальных интеллектуальных функций, которые отражают структуру интеллектуальной деятельности, особенности ориентировочной основы деятельности, способность детей к прогнозированию, особенности обобщений, анализа и синтеза на перцептивном уровне. Важное прогностическое значение имеет не столько уровень развития речи в целом, сколько развитие коммуникативных функций речи.

Эффективность социальной адаптации в значительной степени зависит от клинической формы аутистических нарушений и их глубины, а также от организации социальной помощи. Отсутствие своевременного лечения, дифференцированных форм

реабилитации детей с аутизмом оказывает отрицательное влияние на эффективность социальной адаптации ребенка во взрослой жизни. Опыт нашей работы показывает, что своевременная коррекционная работа с детьми с органическим аутизмом (ранним детским аутизмом в сочетании с резидуальной неврологической патологией) способствует подготовке ребенка к обучению в школе и оказывает позитивное влияние на его адаптацию. Своевременная психологическая помощь ребенку с процессуальным аутизмом дает возможность ему адаптироваться в условиях дневного стационара или специализированного детского сада.

Особую важность приобретает обоснование и разработка новых подходов к созданию оптимальных условий социализации и социальной адаптации в обществе детей и подростков, страдающих аутизмом.

Традиционно в России ведущими являются лечебные виды помощи детям с аутизмом в условиях психоневрологических стационаров и диспансеров. Однако лечебные учреждения, под контроль которых попадают дети с аутизмом, не обладают необходимыми ресурсами для полноценной адаптации больного ребенка. Между тем необходимы такие учреждения, в которых можно было бы успешно сочетать лечебную, педагогическую, логопедическую, психологическую и другие виды помощи ребенку. Как отмечалось выше, при раннем детском аутизме наблюдается большой процент детской инвалидности. Ранний детский аутизм рассматривается как особое отклонение психического развития у детей, что проявляется в искажении всех психических функций. Вследствие этого возникает необходимость не только медикаментозного лечения, но и организации дифференцированного социально-психолого-педагогического сопровождения ребенка и создания специальных условий для его обучения и воспитания, своевременной и правильной коррекции развития.

Социализация детей с аутизмом — это многогранный процесс усвоения опыта общественной жизни. Социализация включаете себя основные нормы человеческих отношений, социальных норм поведения, видов деятельности, форм общения. Процесс социализации в значительной степени зависит от общества, которое образует социальную среду. Основными источниками социализации являются семья, образовательные учреждения, формальные и неформальные общественные объединения, различные социальные институты.

Учитывая разнообразие аутистических расстройств у детей и их проявлений, необходим комплексный подход к процессу социализации и, социальной адаптации детей с аутизмом. Исключительную важность приобретает обоснование новых подходов и создание оптимальных условий для успешного развития ребенка, его воспитания, обучения, социальной адаптации и интеграции в общество.

На современном этапе очень остро стоит проблема формирования системы непрерывного процесса взаимодействия и взаимовлияния социальных институтов, направленных на социализацию, социальную адаптацию и обеспечение развития потенциальных способностей детей» страдающих аутизмом. Интеграция институтов социальной работы, здравоохранения и образования должна быть направлена на формирование нормальной жизнедеятельности детей с аутизмом и их семей, оптимизацию и удовлетворение их потребностей.

На протяжении многих десятилетий в нашей стране детям с нарушениями в психическом и физическом развитии предлагалось пребывание в специализированных учреждениях. Такой подход в настоящее время подвергается серьезной критике мирового сообщества. В мировой практике социальным показателем качества жизни лиц с ограниченными психическими и физическими возможностями является комплекс факторов, не зависящих от психофизических особенностей ребенка. К таким факторам относятся:

- здоровье (знание правил здорового образа жизни и их реализация);
- материальное благосостояние;

• образование и профессиональное обучение (практическая готовность к бытовому и производственному труду);

• коммуникабельность, умение поддерживать отношения с окружающими и близкими людьми (умение поддерживать родственные отношения и самостоятельность контактов);

• социальная безопасность (знание и выполнение норм безопасности в общественных местах, в собственном жилище, в экстремальных ситуациях);

• непосредственное участие в общественной жизни, определение своего места в сообществе (осознание собственной социальной роли и готовность ее выполнять во взаимодействии с разными группами людей);

• нравственные устои, социальная значимость (понимание собственных ощущений, чувств, эмоций других людей, умение контролировать свои эмоции и адекватно выражать их вербальными и невербальными способами).

Создание в социуме условий для раскрытия потенциальных возможностей ребенка с проблемами в развитии является важной социальной задачей нашего общества.

Социализация детей с аутизмом зависит также от особенностей семейного воспитания ребенка, отношения родителей к проблемам ребенка.

Социализация детей с аутизмом в условиях семейного воспитания — это сложная задача, успешное решение которой определяет перспективу дальнейшего психического развития ребенка и психотерапевтическую атмосферу в семье.

Как уже было показано, рождение больного ребенка является своеобразным стрессом для семьи, а воспитание и уход за ребенком-инвалидом заставляют родителей находиться в состоянии хронического стресса, длящегося годами и десятилетиями. Стрессовые состояния родителей обусловлены не только тяжестью психического дефекта у ребенка, но и определенными стереотипами, имеющими место в нашем обществе относительно лиц с ограниченными психическими и физическими возможностями, возникающими материальными трудностями и пр. (см. гл. 10). Нередко такие семьи оказываются изолированными от окружающих в связи с неадекватным поведением ребенка. Соответственно, родители могут испытывать депрессию не только в связи с болезнью ребенка, но и ввиду оторванности от общих привычных видов профессиональной активности. В специальных исследованиях, направленных на изучение семьи, воспитывающей ребенка с аутизмом, подчеркиваются нарушения взаимодействия внутри таких семей, наличие искаженных, деструктивных стилей семейного воспитания больного ребенка, стрессовое состояние у родителей, особенно у матерей [Howlin, 1989; Wolf, 1989].

И. Б. Карвасарская в своей книге под названием «В стороне. Из опыта работы с аутичными детьми» пишет: «Аутизм ребенка можно воспринимать как „крест", как наказание, а можно и как стимул к собственному развитию, необходимому для того, чтобы как можно лучше помочь ребенку на его нелегком жизненном пути. Помогая совершенствоваться ему, приходится совершенствоваться самому. Можно всю жизнь страдать, можно смириться и принять ситуацию как неизменную, можно не оставлять усилий. И этот выбор каждый родитель делает сам» [Карвасарская, 2003, с. 42].

На сегодняшний день практически неразработанной остается проблема социальной адаптации детей с аутизмом в семье в различные возрастные периоды. Это обусловлено, с одной стороны, трудностями психологической оценки эмоционального состояния ребенка с аутизмом, особенно в преддошкольный и дошкольный периоды, с другой стороны — отсутствием объективных психологических критериев его адаптационных возможностей.

Психологическая поддержка семей, имеющих детей с аутизмом, должна начинаться с момента обращения родителей к специалисту. Перед специалистом (врачом, психологом, логопедом или социальным работником) стоит задача обучения родителей уходу за ребенком с аутизмом и общению с ним.

Программа обучения включает в себя следующие направления:

1. Развитие у родителей способности понимать основные потребности ребенка.

2. Обучение родителей преодолению негативных форм поведения ребенка (агрессии, аутоагрессии, аффективных реакций и пр.).

3. Обучение родителей способам формирования у детей элементарных навыков гигиены, приема пищи, опрятности.

Понимание основных потребностей ребенка вызывает существенные трудности у родителей. Во-первых, родители зачастую не знают особенностей развития своего ребенка, его психологии (тем более если ребенок — первенец) и, во-вторых, они неверно истолковывают его поведение, например неадекватные аффективные реакции, негативизм, агрессивные проявления. Так, импульсивное поведение ребенка, когда он бегает из стороны в сторону, открывает все ящики, хватает все со стола, раскидывает игрушки в разные стороны, пытается ударить по оконному стеклу и пр., родители нередко рассматривают как проявление познавательной активности (излишне любопытен) или, наоборот, как» недостаток воспитания, непослушание. Они делают замечания ребенку, даже наказывают его, не зная, что наиболее продуктивным способом в таких ситуациях является переключение ребенка на другую деятельность («Давай покатаем вместе машинку») или установление с ним эмоционального контакта (например, методом холдинг-терапии);

Особую растерянность вызывают у родителей самоагрессивные и агрессивные реакции ребенка. Например, ребенок бьется головой об стенку, кусает свои руки, рвет на себе волосы и пр. В связи с этим они нуждаются в том, чтобы научиться анализировать причины подобных реакций у ребенка. В процессе консультирования большинство родителей охотно описывает агрессивные реакции ребенка, но, отвечая на вопрос психолога: «Почему ребенок так поступает?», они, как правило, связывают подобное поведение только с болезнью («болит голова», «болит живот», «ему душно», «псих на него нашел» и пр.). Между тем у детей с аутизмом агрессивные и аутоагрессивные реакции могут быть не только проявлением внутреннего дискомфорта (например, сильной головной боли), но и следствием действия внешних факторов, таких как настойчивые требования взрослого, перемена привычной обстановки, негативные эмоции окружающих по отношению к ребенку и пр. Если быть более внимательным к потребностям ребенка, можно заметить, что такие реакции у ребенка часто имеют внешний источник.

Пример

3-летний Сережа с пяти часов вечера проявлял сильное возбуждение: бегал по комнате, прыгал, разбрасывал предметы, кричал. Мать связывала такое перевозбуждение сына с усталостью к концу дня. Мальчик не спал во время тихого часа с полутора лет. Однако такое поведение ребенка было обусловлено и другими факторами. Отец мальчика рассматривал поведение сына как проявление неправильного воспитания, особенно осуществляемого тещей. Приходя с работы к этому времени и наблюдая такое поведение сына, отец очень раздражался, предъявлял претензии жене, показывал ремешок сыну, угрожая ему наказанием. В доме создавалась напряженная обстановка. В процессе направленной беседы с родителями психолог обратила внимание на неконструктивное поведение отца, предположила, что возбуждение мальчика может быть связано с предчувствием напряженной обстановки, которая возникнет с приходом отца. Она предложила отцу при входе в квартиру сразу обратить внимание на мальчика, предложить ему конфетку или новую игрушку, погладить его, улыбнуться. Отец откликнулся на советы психолога. Почти сразу мальчик стал спокойнее, в ожидании отца он стал подходить к окну, смотреть на улицу.

Многие родители детей с аутизмом в преддошкольном и дошкольном возрасте обращают особое внимание на недоразвитие речевых и гностических процессов у детей, стараются как можно раньше стимулировать их психическое развитие. Они обучают ребенка глобальному чтению, рисованию, организуют занятия с логопедом, педагогом-дефектологом. Однако многие из них не уделяют должного внимания развитию

социально-бытовых навыков у ребенка, а именно обучению ребенка навыкам гигиены, приема пищи и пр.

Как правило, формирование навыков самообслуживания у аутичнного ребенка вызывает определенные сложности, что обусловлено нарушениями произвольного поведения, наличием страхов, трудностями контакта с ребенком. У здоровых детей развитие навыков самообслуживания происходит в процессе активного общения со взрослыми, подражания им, то есть они не нуждаются в специальном обучении, чтобы самостоятельно одеваться, кушать и пр. Дети с аутизмом, напротив, требуют специального обучения навыкам самообслуживания. Необходимо обратить внимание родителей на то, что является причиной трудностей формирования бытовых навыков у детей. Это и многочисленные фобии у ребенка (неофобии, страхи «шумных» предметов и пр.), и неудачный опыт ребенка, когда молния на свитере поцарапала ему шею или мыло попало в глаза во время мытья. Зная причину страхов у ребенка, родите ли могут предварительно проговорить с ребенком о пугающем объекте, предложить ему поиграть с водой в ванной комнате, помыть куклу мылом или показать ему молнию на свитере. Ни в коем случае нельзя принуждать ребенка, например заставлять его надевать пугающий его свитер, наказывать его. Затем можно усложнить задачи, показать ребенку, как завязываются шнурки, надевается шарф и пр.

При определенных обстоятельствах, на фоне высокой потребности ребенок может самостоятельно одеться, даже несмотря на то, что его произвольное поведение недостаточно развито.

Пример

4-летняя Аня очень любила гулять с дедушкой, так как он всегда водил ее в кафе и покупал мороженое. Как только дедушка заходил в квартиру, девочка хватала пальто, шапку, надевала ботинки, не завязывая шнурки, и устремлялась к дверям с криком «Гулять!». Причем обувь девочка всегда надевала правильно. Собираясь на прогулки с другими членами семьи, девочка проявляла выраженный негативизм, разбрасывала одежду, убегала от взрослых, которые прилагали много усилий, чтобы одеть девочку на прогулку.

Родителям было рекомендовано обязательно обращать внимание девочки на то, как Аня умеет одеваться, хвалить ее, рассказывать об этом другим членам семьи. В коррекционной группе, которую посещала девочка, психолог рассказала детям, как Аня умеет быстрой правильно одеваться.

Особые трудности вызывает обучение аутичных детей правильно есть. Дети часто хватают еду руками, запихивают ее в рот, плохо прожевывают. Некоторые дети отказываются есть самостоятельно и требуют, чтобы их кормили из ложки.

Пример

Мы наблюдали 10-летнего мальчика с аутизмом, который успешно обучался на дому по массовой программе. Но бабушка кормила его из ложки, и он категорически отказывался есть самостоятельно. Анализ показал, что причиной этого было воспитание ребенка по типу выраженной гиперопеки. Мальчик с раннего возраста воспитывался бабушкой, которая удовлетворяла все его потребности. Родители активно стимулировали интеллектуальное и речевое развитие мальчика, рано обучили его чтению, счету, водили на занятия к музыкальному педагогу, но не пытались формировать у ребенка навыки самостоятельности.

Для успешного овладения бытовыми навыками необходимо, чтобы у ребенка с аутизмом была потребность в их использовании [Веденина, 1997; Веденина, Окунева, 1997; и др.]. Формирование такой потребности возможно при создании аффективно значимой для ребенка ситуации. Например, дети с аутизмом часто проявляют избирательность в еде, у них обязательно есть любимые блюда, которые они предпочитают другим. Можно предложить ребенку любимую, аффективно значимую для него, еду, но с условием есть ее ложкой, не торопиться, не раскидывать на столе.

Обязательно нужно похвалить ребенка, приговаривая: «Вася умеет правильно кушать, правильно держит ложку. Вася молодец, на него так приятно смотреть!»

Очень важным для адаптации ребенка с аутизмом в условиях семьи является соблюдение четкого распорядка дня. Учитывая то, что у детей с аутизмом наблюдается выраженная склонность к постоянству (феномен тождества, по Л. Каннеру), любое изменение режима дня оказывает негативное влияние на его поведение. Ребенок не понимает, почему задержался обед или прогулка, почему на прогулке его родители выбрали другой маршрут и пр. Дети с аутизмом при восприятии информации в вербальной форме нуждаются в визуальном ее подкреплении. С этой целью родителям можно предложить использовать специальную доску, где будут отражены в рисуночном или письменном виде время еды, прогулки, сна и пр. Визуальное подкрепление, как подчеркивает Т. Питере, для детей с аутизмом является «средством к успокоению, освобождению от основных проблем» [Питере, 2003, с. 108].

Родители должны очень бережно относиться к стереотипной форме поведения аутичного ребенка и рассматривать ее как важный фактор его социализации. Дети с аутизмом нуждаются в строгом соблюдении режимных моментов, в ритуалах на прогулке и дома. При обучении ребенка бытовым навыкам (приему пищи, одеванию, умыванию и пр.) необходимо предварительно обговаривать с ребенком, что и в какой последовательности он будет делать. Можно использовать метод совместно-неразделенной деятельности, широко распространенный при обучении слепоглухих детей [Мещеряков, 1974]. Например, мама ведет ребенка мыть руки, вместе с ним открывает кран, намыливает руки, дает возможность ребенку самому потереть мыло, затем они вместе поласкают руки, вытирают их полотенцем, при этом каждое действие предварительно обговаривается с ребенком. Опыт нашей работы показал эффективность такой формы обучения ребенка навыкам самообслуживания. Однако ни в коем случае нельзя принуждать ребенка, преодолевать его сопротивление, наказывать его, так как это может спровоцировать самоагрессию или агрессию у ребенка.

Пример

Мы наблюдали 5-летнего мальчика с аутизмом, который отказывался мыть руки в ванной комнате, и родители вынуждены были обтирать ему руки специальными салфетками перед едой или мыть их в комнате с помощью специальной лейки. Причиной такого поведения мальчика было грубое поведение отца, который насильно тащил ребенка в ванную комнату, заставлял криками и угрозой ремня мыть руки и при неисполнении требований бил мальчика порукам. Аффективное поведение отца крайне негативно отразилось на особенностях поведения мальчика.

Эмоциональный дискомфорт ребенка с аутизмом уменьшается не только при организации режима, но и при организации окружающего его пространства. Дети с аутизмом привыкают к постоянству и аффективно реагируют на перестановку мебели в комнате или новые портьеры. Несмотря на то что дети с аутизмом любят разбрасывать игрушки, одежду и другие предметы, они нередко проявляют большую аккуратность. Например, ребенок возбуждается при виде немытых чашек, неубранного стола, грязного пола. Уже с раннего возраста можно заметить у аутичного ребенка привязанность к одному месту (любимое кресло, угол в комнате или место под столом и пр.). Необходимо так организовать пространство вокруг ребенка, чтобы он понимал, что кухня — это место для приема пищи, игровой уголок — место для игры, спальня — место для сна. Многие родители пытаются кормить ребенка в - спальне или в игровом уголке, укладывать ребенка в свою постель, а затем перекладывать его. Все это способствует еще большей дезорганизации поведения ребенка с аутизмом.

Социализация детей с аутизмом на ранних этапах их развития в значительной степени зависит от согласованности действий членов семьи, реализуемых ими стилей и методов семейного воспитания. При выборе подходов к воспитанию ребенка родители должны правильно ориентироваться в особенностях его психического развития, его

потребностях, интересах, причинах дезадаптивных форм поведения. Нередко во многих семьях между родителями возникают конфликты. Например, отец воспринимает поведение ребёнка как проявление болезни и считает, что если ребенок излишне возбужден или агрессивен, то ему надо дать больше лекарства, а мать категорически возражает против таких заявлений мужа. Конструктивно решить эти проблемы могут только специалисты: врач-психиатр и психолог, при тесном сотрудничестве с родителями.

Особую роль в процессе социализации детей с аутизмом играет посещение ими детских учреждений. К сожалению, специализированных учреждений, направленных на лечение и социально-психологическое сопровождение детей с аутизмом, в России практически нет. После трехлетнего возраста родители могут устроить ребенка в дневной стационар при психоневрологическом диспансере. Но это возможно только в большом городе, а дети с аутизмом, проживающие в небольших городках или деревнях, фактически лишены возможности посещать детские учреждения.

В настоящее время на базе Научного центра психического здоровья РАМН разработаны подходы к организации медико-педагогической помощи детям с аутизмом [Организация специализированной помощи..., 1989]. Представление о раннем детском аутизме как диссоциированном дизонтогенезе с выраженной асинхронией развития всех сфер деятельности ребенка позволило авторам разработать программу комплексной восстановительной коррекции, направленной на преодоление аутизма и социальную адаптацию больных РДА.

Лечебная помощь в *стационаре* построена на основе индивидуальной клинической верификации психического состояния ребенка и представлена разными видами терапии: психофармакотерапией, психотерапией (индивидуальной и семейной), физиотерапией, массажем и др. При отсутствии продуктивной психопатологической симптоматики и явных нарушений поведения психопатоподобного круга терапия сводится к применению нейро-модуляторов, витаминов, аминокислот. Коррекционная работа должна проводиться комплексно группой специалистов различного профиля, включая психиатров, невропатологов, логопедов, психологов, педагогов-воспитателей, сестер-воспитателей, музыкального работника. Абилитация направлена на восстановление неравномерно поврежденных основных сфер активности ребенка: речевой, моторной, когнитивной, эмоциональной. Авторы выделили насколько этапов абилитации.

Начальный этап заключается в первичной адаптации больного ребенка к новым условиям. На этом этапе проводится психологическая диагностика уровня развития основных психических функций, запаса знаний, особенностей поведения. На основе этого разрабатывается индивидуальный план кор-рекционных мероприятий.

Восстановительная терапия проводится поэтапно и ориентирована, прежде всего, на развитие моторики и речи как основных средств коммуникации. Основой коррекционной работы является положение о том, что морфологическое и функциональное формирование речи в онтогенезе осуществляется под влиянием кинестетических импульсов и, в особенности, тот факт, что действие проприоцептивной импульсации имеет значение преимущественно в детском возрасте, в периоде физиологического формирования речевой и моторной областей головного мозга. Высокая пластичность детского организма в целом и нервной системы в частности представляет большие возможности для восстановления функций.

На начальных этапах работы авторы рекомендуют уделять большое внимание массажу кистей рук, кончиков пальцев рук и ног, предплечий, массажу лицевой мускулатуры, подъязычной, шейной областей, стоп со стимуляцией активных речевых точек. На фоне проводимого массажа движения пальцев становятся более четкими, дифференцированными, приближается к норме мышечный тонус кисти, улучшается способность к проведению более сложных движений и действий.

Далее у детей формируются зрительно-моторные интеграции и координации, умение следить взглядом за движением собственной руки, за предметами, предлагаемыми врачом

и захваченными рукой ребенка. Отрабатывается указательный жест, так как при нормальном развитии ребенка общение жестами предшествует развитию вербальной речи. В процессе активных манипуляций с предметами развивается восприятие предметов в различных модальностях (зрительной, гаптической и пр.).

На последующих этапах проводятся специальные упражнения для закрепления зрительно-двигательной интеграции и развития мелких движений кисти. Детям предлагаются специальные подвижные игры с пальцами рук и ног в виде поочередного сжимания, разгибания, складывания, соединения их особым образом, оконтуривания пальцев, касания ими частей тела (то есть используется не только прямая, но и обратная афферентация в речевые и моторные центры головного мозга). Эти упражнения обязательно сопровождаются словесными потешками, четверостишиями, пением.

Для углубления эмоциональных контактов с ребенком проводится ряд приемов типа, поверхностных массажных пассов. Ребенка поглаживают, похлопывают, с силой охватывают его руки, прижимают к себе, прикасаются к его голове, телу (для усиления ощущения иногда используется массажер). И наоборот, учат ребенка осязать, касаясь его руками головы, лица, плеч, рук взрослого, прижимаясь щекой к щеке ребенка, придавая ему различные позы. Все эти действия комментируются речью. Матерям предлагают проделывать те же пассы в домашней обстановке: при ежедневном купании ребенка, вытирании его. Авторы обратили внимание на то, что такие упражнения уменьшают страх у ребенка, способствуют восстановлению ориентировки ребенка в окружающем мире.

На следующем этапе проводится работа по развитию гнозиса и праксиса с помощью специальных приемов. Например, объемные предметы обводятся указательным пальцем ребенка, им дается словесная квалификация, определяются их свойства. Постепенно ребенок с помощью указанных приемов начинает опознавать и называть отдельные предметы (кубик, шар, мяч и т. п.). После этого авторы приступают к конструированию этих же предметов из частей, предварительно наглядно показывая порядок действий, не сразу вводя новые образцы. Детей обучают восприятию цвета, величины предметов, восприятию сюжетных картинок. Особое внимание уделяется развитию речи аутичных детей. В процессе манипуляций с предметами формируется тактильное восприятие, затем зрительное осознание предмета, после чего предмет определяется словесно. Затем добиваются того, чтобы ребенок научился правильно произносить (воспроизводить) услышанное слово. Для этого слово делится на слоги, многократно повторяются его начальные, последние и ударные слоги и лишь после этого они сливаются в необходимое слово. Дети обучаются умению не только спонтанно воспроизводить словесные штампы, но и осознавать их. Со временем у них выявляется тенденция к повтору слов, постепенно расширяется словарный запас, а и при накоплении речевых штампов наступает «прорыв» в спонтанной речи.

В стационаре, кроме непосредственной помощи детям с аутизмом, оказывается психотерапевтическая помощь родителям, направленная на коррекцию и укрепление семьи, привлечение родителей к воспитательной работе с ребенком, обучение приемам работы с ним. В диалоге с родителями авторы подчеркивают эффективность ранней восстановительной терапии детей с аутизмом [Организация специализированной помощи..., 1989].

Необходимо четкое понимание того, что определяющим фактором в работе с аутичными детьми является организация лечебного процесса и социально-психологической помощи. Решение этой задачи возможно только при создании специальных *лечебно-образовательных учреждений* для детей с аутизмом. Организация таких учреждений — сложная задача, которая решается не сразу и требует обобщения многолетнего опыта работы зарубежных специалистов, предполагает большие финансовые затраты, возможность специального обучения психологов, педагогов и других специалистов.

На данном этапе, на наш взгляд, необходима *организация социального патронажа*

семей, воспитывающих аутичного ребенка. Патронаж (от франц. patronage — покровительство) — это организованное наблюдение за развитием и воспитанием ребенка в условиях домашней обстановки, проводимое специальными учреждениями. Организацию патронажа могут взять на себя районные или городские психолого-педагогические центры или отделы социальной защиты. Для реализации этой работы должны быть подготовлены социальные педагоги, задачами которых являются:

1. Организация социальной помощи семье, воспитывающей ребенка с аутизмом.
2. Оказание помощи родителям в организации лечебной и воспитательной работы с ребенком.
3. Организация индивидуальной работы с аутичным ребенком.

В целом деятельность социального педагога включает в себя три основных взаимосвязанных блока (см. табл. 19):

- гностический;
- информационный;
- организационно-педагогический.

Таблица 19 Задачи и способы осуществления социально-педагогического патронажа семей с аутичными детьми

Название блока	Задачи	Способ осуществления
Гностический блок	Знакомство с социально-бытовыми Знакомство с особенностями психического развития ребенка. Знакомство с особенностями семейного воспитания ребенка	Посещение семьи. Беседа с родителями об особенностях развития ребенка, развития его навыков, умений. Знакомство с медицинскими документами, заключениями специалистов. Наблюдение за ребенком в повседневных условиях
Информационн ый блок	Информирование родителей об их правах. Информирование родителей о центрах (лечебных, педагогических), об общественных организациях, занимающихся проблемой аутизма	Беседы с родителями. Предложение курса консультирования для родителей, серии занятий для ребенка. Знакомство родителей с семьями, где воспитываются дети с аутизмом
Организационно -педагогический блок	Обучение родителей общению с ребенком. Формирование навыков самообслуживания у ребенка. Организация обучения ребенка и проведение занятий с ним	Систематическое посещение семьи (не реже одного раза в две недели). Информирование родителей об особенностях психического развития ребенка, выдача рекомендаций о прочтении соответствующей литературы, методические рекомендации, разбор видеосюжетов. Занятия с ребенком (в зависимости от профессиональных возможностей педагога) по формированию у него социально-бытовых навыков. Сотрудничество со специалистами, которые наблюдают и сопровождают ребенка, постоянные консультации с ними по возникающим вопросам

Работа социального педагога по оказанию социально-педагогической помощи семьям с детьми, страдающими аутизмом, обязательно должна проводиться систематически и быть индивидуально направленной. Социальный педагог должен непременно консультироваться с другими специалистами, сопровождающими ребенка.

Социальный педагог необходим не только семьям с детьми с аутизмом, но и семьям, в которых воспитываются подростки и взрослые, страдающие аутизмом.

С возрастом у детей с аутизмом появляется все больше проблем в адаптации. Как отмечают некоторые авторы, у подростков с аутизмом наблюдаются возрастные кризисы, приводящие к расстройствам поведения и нарушениям адаптации. Д. Вебер и Х. Ремшмидт выделяют четыре причины кризовых расстройств у подростков с аутизмом [Психология детей и подростков, 2000, с. 492-493]:

- внезапные изменения среды и микросоциального окружения;
- коммуникативные проблемы;
- фазы развития и созревания как «кризовый момент»;
- изменение условий и течения возможных основных заболеваний.

У детей и подростков с аутизмом *изменения окружающей социальной среды и микросоциального окружения* могут привести к глубоким аффективным переживаниям.

Пример

В нашей группе у 16-летнего мальчика с тяжелой формой аффективной дезадаптации умерла бабушка, которая принимала самое активное участие в его воспитании. Мальчик умел читать (глобальное чтение по карточкам), начинал писать, научился пользоваться пишущей машинкой, самостоятельно одевался и пр. После смерти бабушки он отказался самостоятельно одеваться, требовал, чтобы родители одевали его, не соглашался заниматься дома. На занятиях в группе стали наблюдаться аффективные и агрессивные реакции. Однажды он неожиданно схватил за волосы мальчика, которого на занятия водила бабушка. Психолог в доступной форме рассказала детям на занятиях о жизни и смерти, а родителям мальчика рекомендовала не скрывать смерть бабушки от мальчика, рассказать ему, как похоронили бабушку, сходить с ним на ее могилу, вспоминать бабушку. Родители учли советы психолога, и поведение у мальчика постепенно нормализовалось.

Коммуникативные трудности вызывают значительное число проблем у детей, посещающих образовательные учреждения. Окружающие не всегда понимают, чего хочет ребенок, почему он молчит, не выражает свое отношение к проблеме или «непонятно» ее излагает.

Пример

10-летнего мальчика с аутизмом, ученика коррекционной школы, родители впервые отправили в зимний лагерь. На вопрос педагогов:«Тебе здесь нравится ?» — мальчик отвечал: «Нравится, хочу домой».

Следующая ситуация разворачивалась на моих глазах.

Пример

17-летний Алеша, РДА, мутизм, прогуливался по дорожкам дачного поселка в сопровождении родителей и психолога, которые находились на достаточно большом расстоянии от мальчика. К подростку подошла пожилая женщина с просьбой показать дорогу к электричке. Алеша внимательно смотрел на женщину и, как она утверждает, слушал ее. Затем он громко крикнул и махнул рукой в сторону электрички. Женщина испугалась крика и взмаха руки, стала ругать подростка, обзывать его. Алеша стал кричать еще больше, реагируя на оскорбления прохожей. Подоспевшие родители и психолог объяснили разгневанной прохожей, что у мальчика проблемы и обижаться на него не следует, но она продолжала громко ругаться. Алеша очень расстроился, стал биться головой об дерево, кричать, обращая на себя внимание прохожих. Нам с трудом

удалось успокоить его. Я попросила женщину извиниться за оскорбления подростка. Женщина откликнулась на наши просьбы, поняв причину крика Алеши. Она подошла к Алеше, погладила его по плечу и извинилась. Алеша улыбнулся, успокоился и погладил женщину по руке.

Непонимание окружающими особенностей поведения аутичных подростков и взрослых приводит к множеству конфликтов. Нередко окружающие оценивают поведение подростков с аутизмом в общественных местах как хулиганство вследствие наркомании, алкоголя и пр.

Пример

После экскурсии в музей мы с небольшой группой аутичных подростков и их родителей зашли в кафе, где было много посетителей. Пока родители раздевались, мыли руки, двое подростков из нашей группы уверенно вошли в зал, подошли к столику, за которым сидели подвыпившие молодые люди с девушками, и спокойно начали есть лежащие на столе бутерброды, пирожные и запивать их напитками. Подвыпившая компания была шокирована таким поведением незнакомых подростков, они смотрели на уплетающих их пищу ребят в явном недоумении. Мне пришлось вмешаться в процесс, извиниться перед компанией за столиком, предложить им компенсировать ущерб и рассказать, что у этих ребят есть проблемы и не следует на них обижаться. Один из компании заметил: «Я вижу, что ты их не кормишь, они голодные, отсюда все проблемы». Я не стала дальше объяснять молодым подвыпившим людям причины случившегося. К нашему огромному удивлению, официантка принесла нам бутерброды с икрой и дорогой колбасой и рассказала, что это подарок от компании тех самых молодых людей, которые «пострадали» от поведения моих подопечных. Я подошла к ним и поблагодарила их. Молодой человек, вероятно старший в этой компании, стал спрашивать меня, что это за дети, чем они болеют, почему они так себя ведут и чем им можно помочь. Я в доступной форме рассказала им о проблемах детей, о нашей группе, которая встречается еженедельно в помещении общества милосердия «Ленинград». На очередное занятие наши знакомые из кафе привезли нам игрушки, сладости, предлагали свою помощь в оплате экскурсий, праздников и других мероприятий.

Эффективная социализация и адаптация аутичных детей и подростков в социуме возможна при адекватной оценке и адекватном поведении окружающих по отношению к ним.

К сожалению, в нашей стране на протяжении длительного исторического периода люди с ограниченными психическими и физическими возможностями были скрыты от общества. Подавляющее большинство из них находились за высокими заборами специализированных учреждений или в четырех стенах квартиры, окруженные самоотверженными заботливыми родителями, но лишенные возможности межличностного общения вне дома. Последние пятнадцать лет эта проблема широко обсуждалась в средствах массовой информации, создано значительное количество фондов и общественных организаций, которые пропагандируют идеи создания условий для раздельного проживания молодых инвалидов, их профессиональной адаптации, социализации в обществе, соблюдения их прав и пр. Несмотря на декларативность таких заявлений, они, несомненно, оказывают позитивное влияние на общественность. Однако часто эти декларации настолько абстрактны, что обыватели (обычные люди, которые никогда не сталкивались с этими проблемами) не могут адекватно их воспринимать.

По нашему мнению, средства массовой информации должны больше рассказывать и показывать проблемы семей, имеющих ребенка-инвалида, рассказывать о проблемах этих детей, их психологии, их потребностях. Вспомним прекрасный фильм «Человек дождя». Я помню, какой интерес, эмоциональный отклик этот фильм вызвал не только у родителей детей с аутизмом, но и у многих моих друзей и знакомых, которые очень далеки от этих проблем. Снять коммуникативные барьеры, наблюдаемые между аутистом и не-аутистами, возможно только при соблюдении принципа «обратной интеграции»,

предложенного Т. Питерсом. Он заключается в том, что ребенку или взрослому с аутизмом предлагается среда и виды деятельности, наилучшим образом адаптированные к его способностям.

Эффективность социализации и социальной адаптации аутичных детей и подростков зависит не только от того, как они приспособились в обществе, но и от того, как само общество готово к тому, чтобы адекватно жить и общаться с этими людьми, понимать их и помогать им.

Возникновение кризов у подростков с аутизмом может быть обусловлено особенностями их сексуального развития и созревания. Как справедливо подчеркивают Д. Вебер и Х. Ремшмидт, «здесь нужно упомянуть о сексуальных импульсах, перед которыми аутичные подростки и юноши часто беспомощны из-за недостаточной способности к адекватному реагированию» [Психотерапия детей и подростков, 2000, с. 493]. Проблема полового воспитания является чрезвычайно актуальной особенно для подростков и взрослых с тяжелыми последствиями раннего детского аутизма. Решение этой проблемы возможно не только путем сексуального просвещения подростков, оно требует целенаправленной и интенсивной работы в форме специального обучения и терапии. Начинать эту работу необходимо с формирования бытовых навыков у аутичных подростков, правильной организации их социального взаимодействия не только в семье, но и в социуме.

К сожалению, многие подростки и взрослые с аутизмом остаются без должного внимания специалистов, за исключением врачей-психиатров, которые наблюдают их в условиях диспансера. Родители не знают, к кому можно обратиться на консультацию по такой интимной проблеме, как сексуальное воспитание, и иногда решают эту проблему, используя различные формы запретов и угроз. Такая позиция родителей часто неконструктивна и может вызвать у подростка аффективные и агрессивные реакции. Необходима подготовка родителей к данной проблеме, активное просвещение и обучение их способам реагирования на особенности сексуального поведения подростка. С этой задачей может успешно справиться психолог или социальный работник, прошедший специальную подготовку.

Кризисное состояние у подростков с аутизмом может быть обусловлено эндогенными, то есть внутренними, факторами, которые связаны с *основным заболеванием ребенка.* Нередко оно проявляется в выраженных дезадаптивных формах поведения подростка, в его повышенной эффективности, агрессивности, аутоагрессивности, разворачивающихся без видимой причины.

У детей и подростков с аутизмом любая боль вызывает выраженные деза-даптивные реакции: нарушение сна, аутоагрессии, двигательное возбуждение, пронзительные крики и пр. Они отрицательно реагируют на любые медицинские процедуры. Например, несмотря на невыносимую зубную боль, они отказываются идти к врачу и лечить зубы, но при этом проявляют выраженное беспокойство, постоянно трогают, раскачивают больной зуб, кричат, проявляют агрессивные реакции при попытке взрослого посмотреть зуб и помочь ему. Многие активно сопротивляются при попытке сделать укол, взять кровь на анализ и пр. Заболевание, госпитализация ребенка создает серьезные проблемы для родителей и медицинского персонала. К сожалению, отсутствуют специальные соматические клиники и хирургические отделения для таких детей и подростков, и, сталкиваясь с соматическим недугом у ребенка, родители нередко оказываются беспомощными: болевые ощущения у ребенка нередко воспринимаются ими через призму его психических девиаций.

Помощь подростку с аутизмом при кризисном состоянии является сложной задачей и требует обязательного вмешательства врача-психиатра, психолога, педагога.

Социальная адаптация подростков и молодых людей с аутизмом в значительной степени зависит от *качества их социального сопровождения.*

К сожалению, среди всех категорий молодых инвалидов без должного социального

сопровождения оказываются лица с ограниченными психическими возможностями. В эту группу входят подростки и взрослые не только с тяжелыми формами раннего детского аутизма, но и с тяжелой степенью умственной отсталости, со злокачественной формой эпилепсии, приводящей к интеллектуальному дефекту, с тяжелыми посттравматическими синдромами и интеллектуальной недостаточностью. Эта группа молодых инвалидов, по мнению многих авторитетных специалистов, не способна к самостоятельной жизни, нуждается в индивидуальной опеке. Большинство из них никогда не обучались, а если и обучались в специальных школах, то по индивидуальным программам на дому. Однако опыт зарубежных специалистов показывает, что при создании специальных условий молодые инвалиды с ограниченными психическими возможностями могут быть частично трудоспособны и в определенной степени социально адаптированы, что позволяет им приносить пользу обществу.

Изоляция от общества в детском возрасте, нецеленаправленное обучение формирует у подавляющего большинства подростков и молодых людей с ограниченными психическими возможностями вторичные личностные и интеллектуальные дефекты, которые наглядно проявляются в сниженной познавательной активности, в отсутствии мотивации к усвоению знаний и общению, в неадекватных поведенческих реакциях. Несмотря на это, молодые люди воспитываются в условиях семьи, у многих наблюдается положительная динамика в психическом развитии и практически все они достаточно приспособлены к семейным условиям, хотя и сталкиваются с материальными и бытовыми трудностями.

Мы провели анализ качества жизни у 60 семей, имеющих Детей с аутизмом с тяжелой аффективной патологией в возрасте от 15 до 35 лет. Анализ показал, что 45 семей (75%) находились за чертой бедности, то есть имели низкий материальный доход, один из родителей, как правило, не работал или оба родителя являлись пенсионерами и вся семья находилась на пенсионном обеспечении. У 24 семей (40%) дети были единственными в семье, а в 16 семьях (26,6%) подростки и молодые люди воспитывались одним родителем. Социальная поддержка этих семей практически отсутствовала, за исключением эпизодической гуманитарной помощи. Все подростки и молодые люди наблюдались у психиатра, образовательные учреждения не посещали и в основном находились в четырех стенах своих квартир под присмотром родителей.

У подавляющего большинства родителей наблюдался страх за будущее ребенка. Например, заканчивая фразу «Будущее моего сына (или дочери)...» при работе с методикой «Незаконченные предложения», родители писали: «Будущее моего ребенка катастрофично», «Будущее моего ребенка в психиатрической больнице, где он проживет недолго», «Будущее моего ребенка зависит от нашего общества, но пока не на что надеяться». Были и такие высказывания: «Я хочу умереть после своего ребенка» — или: «Лучший вариант, если мы умрем вместе». Из 60 опрошенных родителей только у 8 (13,3%) наблюдались относительно оптимистичные ответы, например: «За будущее моего ребенка я не волнуюсь, оно будет нормальным, так как мой старший сын и невестка не оставят его» — или: «Будущее моего ребенка будет хорошим, если мы уедем за границу», «Будущее моего ребенка будет нормальным, я верю, так как вскоре изобретут лекарства, которые ему помогут». Ответы отцов и матерей были практически идентичны.

Никто не сомневается в том, что молодые инвалиды с аутизмом и их семьи нуждаются в социально-психологической реабилитации и социальной поддержке, организация которых требует согласованных действий не только государственных институтов, но и общественных объединений.

Проблема адаптации и интеграции молодых инвалидов с ограниченными психическими возможностями в каждой стране решается по-своему. Например, в Бельгии для умственно отсталого ребенка, проживающего в семье, существуют центры кратковременного или дневного проживания. Есть также дома попечения, где он может находиться в течение целого дня. А для тех, кто хочет жить независимо от своей семьи,

организована специальная система проживания под наблюдением специалистов, которая обеспечивает частичную свободу проживания, отдыха и работы. Молодой инвалид живет в комнате или в небольшой квартире, где его соседями по дому являются такие же люди. В Швеции умственно отсталые подростки переселяются из семьи в общежития, где приобретают навыки самостоятельного проживания, а затем получают возможность жить в домах совместного проживания при поддержке социальных работников. Другая форма организации самостоятельной жизни лиц с умственной отсталостью — это организация специальных общин. Эти общины, как правило, располагаются в сельской местности, вдали от поселений. В общинах не существует различий между персоналом и пациентом: все вместе трудятся в организованных мастерских, пекарнях, подсобных хозяйствах, и каждый член общины может реализовать себя [Шипицина, 2002]. Опыт организации таких поселений в России уже имеется.

Опыт работы зарубежных коллег является для нас чрезвычайно ценным. В последние годы в России появляются общины и общежития в основном для людей с умственной отсталостью, с тяжелыми физическими дефектами. Однако молодые люди, страдающие аутизмом, особенно с тяжелой формой аффективной дезадаптации, как правило, не попадают туда в силу имеющихся поведенческих проблем. В связи с этим создание специализированных учреждений для людей, страдающих тяжелыми аутистическими расстройствами, по-прежнему остается актуальным.

Таким образом, основной целью социально-психологической реабилитации и адаптации молодых инвалидов, страдающих аутизмом, является развитие у них жизненно необходимых навыков, направленных на самообслуживание, выполнение несложных трудовых операций в быту и в специальных производственных условиях, а в будущем — самостоятельное проживание в специализированных учреждениях. Основной девиз специализированных учреждений для инвалидов с ограниченными психическими возможностями — охрана прав личности и свободы людей с ограниченными психическими возможностями.

В связи с этим можно выделить несколько конкретных задач, направленных на эффективность их социальной адаптации:

1. Развитие всех сторон познавательной деятельности в процессе целенаправленного обучения с учетом их потенциальных интеллектуальных возможностей.
2. Подготовка к посильным видам труда с учетом их интеллектуального и личностного потенциала.
3. Социально-бытовая адаптация и включение в социальную среду. Решение этих задач возможно при целенаправленных психолого-педагогических воздействиях, которые могут осуществляться в различных формах:

1. Организация групп социально-психологической поддержки инвалидов в районе или микрорайоне, где они проживают, с привлечением квалифицированных специалистов.
2. Создание центров социально-психологической реабилитации при психоневрологических диспансерах.
3. Создание групп при специализированных психоневрологических интернатах для молодых инвалидов, которые воспитываются в семье. Это может быть однодневная группа, пятидневка и пр.

Опыт нашей работы показывает, что третий вариант является менее конструктивным, чем первые два. Это обусловлено рядом объективных причин. В психоневрологических интернатах инвалиды находятся, как правило, с детства, то есть у них нет родственников, в связи с этим создание «элитных групп» является неэтичным по отношению к остальным лицам, там пребывающим. В то же время, система психоневрологических интернатов требует коренной реорганизации в соответствии с международными требованиями, и главным в направлении реорганизации должно быть не укрупнение, а, наоборот, разукрупнение этих учреждений по типу семейных пансионатов, приютов и пр.

Создание групп сопровождения при психоневрологических диспансерах на сегодняшний день, на наш взгляд, очень сложноосуществимая задача в связи с отсутствием помещений, слабостью финансирования медучреждений и ориентацией психоневрологических учреждений на медикаментозную терапию, а также вследствие фактического отсутствия социально-психологической службы при этих учреждениях.

Первый вариант, то есть организация групп социально-психологической поддержки по месту жительства семьи, по нашему мнению, является более реальным.

Во-первых, молодые инвалиды проживают в семьях, и создание таких групп по месту жительства позволит проводить работу не только с инвалидом, но и с членами его семьи, которые крайне нуждаются в социально-психологической поддержке.

Во-вторых, активное привлечение членов семьи к работе повысит ее эффективность, а также будет способствовать созданию благоприятного психологического климата в семье молодого инвалида.

При организации групп социально-психологической поддержки по месту жительства необходимо учитывать ряд факторов:

- тяжесть и форму психического заболевания молодого инвалида;
- степень мотивированности родственников на оказание помощи инвалиду;
- личностные особенности родственников как будущих членов группы социально-психологической поддержки.

Опыт работы городской ассоциации детей-инвалидов г. Санкт-Петербурга, (ГАОРДИ) показал высокую эффективность такой работы с умственно отсталыми молодыми людьми. Основной упор был сделан не только на работу с самим молодым инвалидом, но и с семьей в целом.

Сам процесс социально-психологической поддержки в ходе социальной адаптации молодых людей с тяжелой формой аутистических нарушений должен осуществляться поэтапно, поскольку он имеет свою, определенную логику развития.

Первой ступенью является совместный отдых молодого инвалида и его родственника в условиях пансионата.

Вторая ступень заключается в организации районных центров (площадок) для групповой работы с целью социально-психологической поддержки молодого человека и его семьи.

Третья ступень — организация однодневных стационаров для молодых инвалидов, где они могут находиться в течение дня, заниматься посильным трудом, обучаться и пр.

Четвертая ступень предполагает организацию на базе однодневных стационаров пятидневок, где инвалид находится на проживании, но имеет возможность общаться с членами семьи в любое время без ограничений.

Пятая ступень — организация семейных домов, где инвалид может проживать отдельно или совместно с престарелыми родителями.

Следует обратить особое внимание на строгую ступенчатость представленной нами схемы. Данный процесс носит постепенный характер, требует поэтапной адаптации инвалида к новым средовым условиям. Создание семейных домов без предварительной подготовки молодого инвалида к проживанию вне семьи обречено на провал, так как на сегодняшний день система социального обеспечения еще не готова к качественно новым формам работы, равно как и сам инвалид и его семья психологически не готовы к новой среде и условиям жизни.

Каждый инвалид, несмотря на тяжесть своего психического дефекта, и его семья должны иметь право выбора. Одним из прямых следствий этой возможности явится более дифференцированный подход к проблеме адаптации лиц с тяжелыми аутистическими нарушениями.

Конечно, организация семейных домов требует огромных материальных затрат со стороны государства. Однако, имея приватизированную квартиру, инвалид и его семья имеют право продать ее и тем самым иметь дополнительную материальную базу для

проживания в семейном доме. Кроме государственных семейных домов, могут быть и частные. Разумеется, организация таких учреждений требует тщательной юридической защиты и создания специальных законов уже сегодня.

Список литературы

1. *Абрамович-Лехтман Р. Я.* Развитие предметных действий на первом году жизни. Дис.... канд. пси-хол. наук. Л., 1945.
2. *Адлер А.* Воспитание детей. Взаимодействие полов. Ростов н/Д.: Феникс, 1998.448 с.
3. *Бардиер Г., Ромазан И., Череднякова Т.* Я хочу! Психологическое сопровождение естественного развития маленьких детей. Кишинев: Вирт; СПб.: Дорваль, 1993.90 с.
4. *Башина В. М.* Аутизм в детстве. М.: Медицина, 1999.236 с.
5. *Бернштейн Н. А.* О построении движений. М.: Медгиз, 1947.255 с.
6. *Беттельхейм Б.* Пустая крепость: Детский аутизм и рождение Я. М.: Академический Проект: Традиция, 2004.783 с.
7. *Битянова М. Р.* Организация психологической работы в школе. М.: Совершенство, 1997. 298 с.
8. *Брезе Б.* Активизация ослабленного интеллекта при обучении во вспомогательных школах. М.: Медицина, 1981.239 с.
9. *Бурменская Г. В., Карабанова О. А., Лидере А. Г.* Возрастно-психологическое консультирование: Проблемы психического развития детей. М.: Изд-во МГУ, 1990.112 с.
10. *Бурно М. Е.* Терапия творческим самовыражением: (Психотерапия психопатий и малопрогреди-ентной шизофрении — с дефензивными проявлениями). М.: Медицина, 1989.302 с.
11. *Вайзман Н. П.* Психомоторика детей-олигофренов. М.: Педагогика, 1976. 104 с.
12. *Веденина М. Ю.* Использование поведенческой терапии аутичных детей для формирования навыков бытовой адаптации //Дефектология. 1997. N» 2. С. 31-40.
13. *Веденина М. Ю., Окунева О. Н.* Использование поведенческой терапии аутичных детей для формирования навыков бытовой адаптации //Дефектология. 1997. № 3. С. 15-20.
14. *Вольперт И. Е.* Игровая терапия // Рук. по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожнова. Ташкент, 1979. С. 232-245.
15. *Вольперт И. Е.* Психотерапия. Л.: Медицина, 1972. 232 с,
16. *Выготский Л. С.* Воображение и творчество в детском возрасте. М.: Просвещение, 1967.93 с.
17. *Выготский Л. С.* Поли. собр. соч.: В 6 т. М.: Педагогика, 1983—1984.
18. *Гаврилушина О. П.* Обучение конструированию в дошкольных учреждениях для умственно отсталых дошкольников. М.: Просвещение, 1991.91 с.
19. *Галияхметов Р. Р., Пихтарников А. Л.* Выявление — прогноз — сопровождение. СПб., 1998. 28 с.
20. Дети с нарушением общения / Под ред. К. С. Лебединской. М.: Просвещение, 1989.95 с.
21. *Завьялов В. Ю.* Музыкальная релаксационная терапия: Практическое рук. Новосибирск, 1995.
22. *Захаров А. И.* Как помочь нашим детям избавиться от страха. СПб.: Гиппократ, 1995.126 с.
23. *Захаров А. И.* Психотерапия неврозов удетей и подростков. М.: Медицина, 1982. 214с.
24. *Защепицкий Р. А.* Симптоматическая и патогенетическая система психотерапии и психокоррекции // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л.: Медицина, 1983. С. 208-231.
25. *Зейгарник Б. В.* Патопсихология. М.: Изд-во МГУ, 1976.238 с.
26. *Исурина Г. Л.* Групповые методы психокоррекции и психотерапии // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л.: Медицина, 1983. С. 231-255.
27. *Каган В. Е.* Аутизм удетей. Л.,1981.
28. *Карабанова О. А.* Игра в коррекции психического развития ребенка: Учеб. пособие. М.: Рос. лед. агентство, 1997.191 с.
29. *Карвасарская И. Б.* В стороне: Из опыта работы с аутичными детьми. М.: Теревинф, 2003.68 с.
30. *Катаева А. А., Стребелева Е. А.* Дидактические игры и упражнения в обучении умственно отсталых дошкольников. М.: Педагогика, 1991.191 с.
31. *Комарова Т. О.* Формирование графических навыков у дошкольников. М.: Педагогика, 1970. 226 с.
32. *Критская В. П., Мелешко Т. К., Поляков Ю. Ф.* Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: Медицина, 1991.254 с.
33. *Лебединская К. С, Никольская О. С.* Дефектологические проблемы раннего детского аутизма // Дефектология. 1988. № 2. С. 10-15.
34. *Лебединская К. С, Никольская О. С, Баенская Е. Р., Либлинг М. М.* Дети с нарушениями общения. М.: Просвещение, 1989. 95 с.
35. *Лебединский В. В.* Нарушения психического развития у детей. М.: Изд-во МГУ, 198S. 167 с.
36. *Либлинг М. М.* Метод холдинг-терапии в системе психологической помощи семьям, воспитывающим детей с аутизмом: Автореф. дис.... канд. психол. наук. М., 2000.24 с.
37. *Лисина М. И.* Проблемы онтогенеза общения. М.: Педагогика, 1986.143 с.
38. *Ломов Б. Ф.* Методологические и теоретические проблемы психологии. М.: Наука, 1984.413 с.
39. *Мамайчук И. И.* Динамика некоторых видов познавательной деятельности у дошкольников с церебральным параличом//Дефектология. 1976. № 3. С. 29—37.
40. *Мамайчук И. И.* Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. СПб.: Речь, 2003.400 с.
41. *Мамайчук И. И.* Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. 2-е изд. СПб.: Речь, 2006.404 с.
42. *Мамайчук И. И.* Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. СПб.: Речь, 2001. 220 с.
43. *Мамайчук И. И.* Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции. СПб.: Изд-во СПбГУ, 2000. 168 с.
44. *Мартшес П. П.* Психологическая коррекция агрессивных проявлений у детей и подростков с ранним детским аутизмом: Дипломная работа. СПб., 1996.
45. *Мастюкова Е. М., Москвина А.* У. Они ждут нашей помощи. М.: Педагогика, 1991.158 с.
46. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств. СПб., 1994.
47. *Менджерицкая Д. В.* Воспитателю о детской игре. М.: Просвещение, 1982.128 с.
48. *Мещеряков А. И.* Слепоглухонемые дети. М.: Педагогика, 1974. 326 с.
49. *Микадзе Ю. В., Корсакова Н. К.* Нейропсихологическая диагностика и коррекция младших школьников в связи с неуспеваемостью в школе. М.: ИнтелТех, 1994.64 с.
50. *Мнухин С. С, Зеленецкая А. Е., Исаев Д. И.* О синдроме «раннего детского аутизма», или синдроме Каннера у детей//Журнал невропатологии и психиатрии. 1967. № 10. С. 1501-1506.
51. *Монтессори М.* Метод научной педагогики, применяемый к детскому воспитанию в Домах ребенка. История зарубежной дошкольной педагогики: Хрестоматия. М.: Педагогика, 1986, С. 378-412.

52. *Монтессори М.* Помоги мне сделать это самому. М., 2000.
53. *Морозова Т. И.* Характеристика и основные принципы коррекции речевых нарушений при раннем детском аутизме //Дефектология. 1990. *Ni* 5. С. 59—66.
54. *Мэш* д., *Вольф Д.* Детская патопсихология. СПб.; М.: Прайм-еврознак; Олма-Пресс, 2003. Гл. 10. С. 328-372.
55. *Никольская О.* С. Аффективная сфера человека: Взгляд сквозь призму детского аутизма. М.: Центр лечебной педагогики, 2000.362 с.
56. *Никольская О.* С. Проблемы обучения аутичных детей //Дефектология. 1995. N° 2. С. 8-17.
57. *Никольская О. С.* Психологическая коррекция раннего детского аутизма // Журнал невропатологии и психиатрии. 1980. № 10. С. 1542-1544.
58. *Никольская О. С, Баенская Е. Р., Либлинг М. М.* Аутичный ребенок: Пути помощи. М.: Теревинф, 1997.342 с.
59. Организация специализированной помощи при раннем детском аутизме: Методические рекомендации / Сост. В. М. Башина, И. А. Козлова, В. С. Ястребов, Н. В. Симашкова и др. М.: Медицина, 1989.
60. *Остова А. А.* Общая психокоррекция. М.: Творческий центр, 2000. 509 с.
61. *Пархомович В. Б.* Психолого-педагогическое сопровождение родителей, имеющих детей с отклонениями в развитии //Дефектология. 2003. № 5—6.
62. *Петрова В. Г.* Практическая и умственная деятельность детей-олигофренов. М.: Педагогика, 1968. 231с.
63. *Печникова Л. С.* Особенности материнского отношения к детям с ранним детским аутизмом: Автореф. дис.... канд. психол. наук. М., 1997.
64. *Пиаже Ж.* Избранные психологические труды. М.: Просвещение, 1969.659 с.
65. *Питере Т.* Аутизм: От теоретического понимания к педагогическому воздействию. М.: Гуманитарный изд. центр «ВЛАДОС», 2003.238 с.
66. Психологическая помощь при ранних нарушениях эмоционального развития / Сост. Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. М.: Полиграф сервис, 2001.156 с.
67. Психотерапия детей и подростков / Под ред. Х. Ремшмидта. М.: Мир, 2000.656 с.
68. *Пылаева И. М., Ахутина Т. В.* Школа внимания: Методика развития и коррекции внимания у детей 5-7 лет: Методическое пособие. М.: ИНТОР, 1997.63 + 50 с.
69. *Рогов Е. И.* Настольная книга практического психолога в образовании. М.: Гуманитарный изд. центр «ВЛАДОС», 1996. 528 с.
70. *Роджерс И.* Путь к целостности: Человеко-центрированная терапия на основе экспрессивных искусств // Вопр. психологии. 1995. № 1. С. 132-139.
71. *Семаго Н. Я., Семаго М. М.* Проблемные лети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога. М.: АРКТИ, 2000. 203 с.
72. *Семенович А. В., Умрихин С. О.* Пространственные представления при отклоняющемся развитии: Методические рекомендации к нейропсихологической диагностике. М.: Изд-во МГУ, 1998. 25 с.
73. Семья в психологической консультации: Опыт и проблемы психологического консультирования / Под ред. А. А. Болалева, В. В. Стопина. М.: Педагогика, 1989.208 с.
74. *Смирнова И. А.* Наш особенный ребенок. СПб.: Детство-Пресс, 2006.155 с.
75. *Спиваковская А. С.* Нарушение игровой деятельности. М.: Изд-во МГУ, 1980.48 с.
76. *Спиваковская А. С.* Профилактика детских неврозов. М.: Изд-во МГУ, 1988.158 с.
77. *Ульянова Р. К.* Коррекция двигательных нарушений у детей дошкольного возраста с ранним детским аутизмом //Дефектология. 1988. № 4. С. 66—70.
78. *Фрейд А.* Психология «Я» и защитные механизмы. М.: Педагогика-пресс, 1993.140 с.
79. *Фромм Э.* Душа человека. М.: АСТ, 1998.662 с.
80. *Фюр Г.* «Запрещенное» горе. Минск: Минсктиппроект, 2003.64 с.
81. *ХайкинР. Б.* Художественное творчество глазами врача. СПб.: Наука, 1992.232 с.
82. *Хитева А. А.* Особенности защитных механизмов личности у родителей детей с двигательными нарушениями различного генеза: Дипломная работа. СПб., 2005.
83. *Чистякова М. И.* Психогимнастика. М.: Просвещение: Гуманитарный изд. центр «ВЛАДОС», 1990. 95 с.
84. *Шипицина Л. М.* «Необучаемый» ребенок в семье и обществе: Социализация детей с нарушением интеллекта. СПб.: Дидактика Плюс, 2002.496 с.
85. *Шпиц Р.* Психоанализ раннего детского возраста. М.: Per Se: Университетская книга, 2001.159 с.
86. *Эберлейн Г.* Страхи здоровых детей. М.: Знание, 1981.191 с.
87. *ЭльконинД. Б.* К проблеме периодизации психологического развития в детском возрасте // Вопр. психологии. 1971. № 4. С. 57-61.
88. *ЭльконинД. Б.* Психология игры. М.: Педагогика, 1978.299 с.
89. *ЭльконинД. Б.* Психолого-педагогическая диагностика: Проблемы и задачи // Психодиагностика и школа: Тез. симп. / Под ред. К. М. Гуревича. Таллинн, 1980. С. 60—68.
90. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / Под ред. В. В. Лебединского, О. С. Никольской, Е. Р. Баенской, М. М. Либлинг. М.: Изд-во МГУ, 1990.196 с.
91. *Эриксон Э. Г.* Детство и общество. СПб.: Ленато: АСТ: Фонд «Университетская книга», 1996. 588 с.
92. *Axline V. M.* Play Therapy: The inner dynamics of childhood. Cambridge, MA: Houghton Mifflin. 1947.
93. *Baron-Cohen S.* Autism and symbolic play // The British J. of Developmental Psychology. 1987. Vol. 5. P. 139-148.
94. *Baron-Cohen S., Leslie A., Frith U.* Does the autistic child have the «theory of mind» // Cognition. 1985. Vol. 21. N1. P. 37-46.
95. *Baron-Cohen S., LeslieA,M., Frith U.* Mechanical, behavioural and Intentional understanding of picture stories in autistic children // British J. of Developmental Psychology, 1986. 4. P. 113—125.
96. *Baron-Cohen S., Ring H., Wheelwright S., Bullmore E., Brammer M., Simmons A., Williams S.* Social intelligence in the normal and autistic brain: an fMRI study // European J. of Neuroscience. 11. 1999. P. 1891-1898.
97. *Boucher J.* Immediate free recall in early childhood autism // British J. of Psychology. 1981. Vol. 72. P. 211 -215.
98. *Bowlby J.* The making and breaking of affectional bonds. L.: N. Y., 1986.
99. *Chan J. M.* Preparation for procedures and surgery though play // Paediatrician. 1980. Vtol. 9. P. 34—56.
100. *DeMyer M. K.* Familien mit autistischen Probleme der Kinder und Sorgen der Eltern. (Klinische Psychologie und Psychopathologie. Bd. 42). Stuttgart: Enke Verlag, 1986.
103. *Eisenson L., AuerJ. J., Irwin J. V.* The psychology of communication. N. Y, 1963.
104. *Frith U.* Autism: explaining the enigma. Oxford: Blackwell, 1989.204 p.
105. *George R. L., Cristiani T. C* Counseling Theory and Practice. 3rd Ed. Englewood Chiffs. N J Prentice-Hall, 1990.
106. *Harlow H., Harlow M.* Social Deprivation in Monkeys//Scientific American. 1962. 207. P. 136-146.
107. *Hobson R.* P. Beyond the cognition: the theory of autism // Autism: nature, diagnosis and treatment. N. Y: Guildford press, 1989.
108. *Hobson R. P.* The autistic child's appraisal of expression of emotion //J. Of child psychology and psychiatry. 1986. Vbl. 27.

P. 321-342.

109. ***Howlin P.*** **Help for the family // Gillberg C (Hrsg.) Diagnosis and treatment of autism. N. Y., 1989. P. 185-202.**

110. ***KannerL.*** **Autistic disturbances of affective contact // Nervous Child. 1943. N 2. P. 217-250.**

111. ***Kiernan C*** **The exploration of sign and symbol effects //1. Hogg and P. Mittler (Eds.), Advances in Mental Handicap Research. Chichester: Wiley, 1983. Vbl. 2. P. 27-67.**

112. Kramer E. Art as Therapy with Children. N. Y, 1975.

113. ***Krevelen van Am. D.*** **On the relationship between Early Infentile autism and autistic Psychopathy // Acta Paedopsychiatrica. 1963. Vbl. 30. N 9-10. P. 303-323.**

114. ***Lewis V., Boucher J.*** **Spontaneus and instructed elicited play in relatively able autistic children // British J. of Developmental Psychology. 1988. \bl. 6. P. 325-338.**

115. ***Lovaas I. O.*** **Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. J. of Consulting and Clinical Psychology, 1987. Vbl. 55. P. 3-9.**

116. ***Rogers C*** **Client-Centered Therapy. Boston: Houghton MifTin, 1951.**

117. ***Schneider K.*** **Therapist's personal maturity and therapeutic success. How strong is the link // The Psychotherapy Patient. 1992. Vbl. 8. N 3-4.**

118. ***Stern D. V.*** **The goal and structure of mother — infant play // J. of the American Academy of Child Psychiatry. 1974. Vbl.13. P. 402-421.**

119. ***Tinbergen E., Tlnbergen N.*** **Autism bei Kinder/ Paul Parey. Berlin; Hamburg, 1984.**

120. ***UngererJ. A., Sigman M.*** **Development lags in preterm infants from one to three years of age // Child Development. 1983. \ЫI. 54. P. 1217-1228.**

121. ***Van-Krevelen A.*** **Probleme of Differential Diagnosis Between Mental Retardation and Autismus Infantum // Acta Paedopsychiat. 1973. Vbl. 39. P. 199-203.**

122. ***Vetter H.*** **Language behavior and psychopathology. Chicago, 1969.**

123. ***Welch M.*** **Holding Time. N. Y: Simon Schuster, 1988. P. 254,256.**

124. ***Welch M.*** **Retrieval from autism through mother-child holding therapy // Autistic Children — New Hope for a Cure, in E. A. Tinbergen (Ed.). L.: George. Allen & Unwin, 1983.**

125. ***WingL.*** **Autistic children. N.Y., 1985.**

126. ***Wing*** **J.,** ***Gould J.*** **Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: ■ epidemiology and classification // Journal of Autism and Developmental Disorders. 1979. Vbl. 9. P. 11— 29.**

127. ***WolfE. S.*** **Toward a level playing field — Heinz Kohut Memorial Lecture 1989. (San Francisco, Oct. 13, 1989) // Progress in Self Psychology. Vbl. 7. /A. Goldberg (Ed.). Hillsdale, N. J.: The Analytic Press. P. 185.**

128. ***WolfS., Townsend R. N. et al.*** **Schizoid personality in childhood and adult life // Adult adjustment and the continuity with schizotypical personality disorder//Autism J. of Psychiatry. 1991. Vol. 159. P. 620—629.**

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Прошло более шестидесяти лет со дня опубликования Л. Каннером первой работы по раннему детскому аутизму. За этот период написано огромное количество книг и статей, в которых изложены крайне противоречивые взгляды на причины раннего детского аутизма, его классификацию, особенности психического развития аутичных детей и прогноз их социальной адаптации. Безусловно, наука не стоит на месте: на сегодняшний день представлены интересные исследования биологических детерминант раннего детского аутизма, особенностей когнитивного развития детей с РДА.

В связи с принятием в нашей стране Международной классификации болезней 10-го пересмотра, ранний детский аутизм выведен из рубрики психозов, специфичных для детского возраста, и помещен в рубрику так называемых первазивных общих расстройств развития. Такой подход к раннему детскому аутизму указывает на то, что необходимо обучать детей с аутизмом и разрабатывать специальные программы их развития.

За последние десятилетия отечественными и зарубежными психологами и педагогами было создано несколько обучающих программ, направленных на формирование коммуникативных и социальных навыков у детей с аутизмом. Это программы ТЕАССН, Т. Питерса, О. С. Никольской с соавторами и др. В настоящее время продолжают разрабатываться и внедряться в практику но- . вые коррекционно-педагогические'методы и методики психологической коррекции детей с аутизмом [Организация специализированной помощи..., 1989; Никольская, Баенская, Либлинг, 1997; и др.].

Однако использование этих программ возможно только в системе комплексной терапии аутизма у детей, что предполагает соблюдение следующих принципов:

- партнерство и сотрудничество всех специалистов, работающих с аутич-ными детьми;
- обязательный контакт с семьей ребенка;
- учет психофармакотерапевтических методов в системе психологической помощи ребенку с аутизмом.

Структурно-уровневый подход к системе аффективной регуляции, разработанный отечественными психологами К. С. Лебединской, В. В. Лебединским и О. С. Никольской, несомненно, имеет большое значение в оказании психологической помощи детям с аутизмом. Как подчеркивает О. С. Никольская, «появление в поведении ребенка конкретного симптома аффективных трудностей может расцениваться не само по себе, а в общей логике становления системы. Поэтому принципиально важным становится общая направленность психологической помощи не только на разрешение отдельной трудности, но и на введение ее в общий смысловой контекст адаптации» [Никольская, 2000, с. 347]. Выделенные авторами уровни аффективной регуляции имеют высокую практическую значимость для дифференцированного подхода к психологической коррекции не только детей с аутизмом, но и детей с другими формами эмоциональных нарушений.

Однако ориентация только на уровень аффективной дезадаптации в процессе психологической коррекции детей с аутизмом далеко не достаточна. В настоящее время остаются дискуссионными многие вопросы. Это, с одной стороны, вопросы первичного биологического дефекта при раннем детском аутизме, с другой стороны — вопрос о том, что является основным психологическим дефектом при аутизме, тормозящим и искажающим психическое развитие ребенка: дезорганизованность восприятия, когнитивные и речевые проблемы, сочетание низкого психического тонуса с повышенной чувствительностью (гипертензией) и пр.

Некоторые зарубежные авторы считают, что именно нарушения когнитивных процессов являются центральным звеном в патогенезе аутизма. Другие рассматривают интеллектуальные нарушения при раннем детском аутизме как вторичные, отмечая, что для детей-аутистов характерна выраженная диссоциация между уровнем развития способности к обобщению и продуктивностью деятельности. За счет высокого уровня

развития памяти у детей с аутизмом наблюдается более высокий запас знаний, навыков и умений, чем тот, который они используют.

Таким образом, важным ориентиром в организации психологической помощи детям с аутизмом является выделение ведущего симптомокомплекса, лежащего в основе их психического дефекта. Это требует тщательной комплексной диагностики структуры и уровня дефекта, особенностей взаимодействия психических функций на разных этапах их развития.

Главным и перспективным направлением деятельности психологов, на наш взгляд, является разработка методов психологической помощи детям с аутизмом с обязательным учетом не только уровня аффективной дезадаптации ребенка, но и специфики ее клинических проявлений. К сожалению, в настоящее время число таких исследований невелико. Это обусловлено отсутствием четкой клинической классификации раннего детского аутизма, когда в данную нозологическую группу нередко попадают дети с аутисти-ческими синдромами, с ранней детской шизофренией, с психогенными реакциями и пр.

Перспективы развития теории и практики современной психологии в значительной степени зависят от изучения психологических закономерностей аномального развития. Это дает возможность углубить наши представления о психологических механизмах развития когнитивных, интеллектуальных, эмоциональных функций при нормальном развитии.

Изучение особенностей искаженного развития при раннем детском аутизме имеет несомненное значение для психологической науки в целом. Результаты исследований позволят:

- глубже раскрыть особенности влияния аффективных процессов на развитие интеллектуальных и речевых функций в онтогенезе;
- проанализировать значение социальных и коммуникативных факторов в развитии высших психических функций в онтогенезе;
- полнее изучить механизмы формирования сенсорно-перцептивных и мнемических функций в онтогенезе;
- углубить представления о влиянии межфункциональных интеграции на развитие когнитивных, интеллектуальных и эмоциональных функций;
- разработать теоретически обоснованные методы психологической помощи детям с эмоциональными проблемами на основе структурно-уров-невого подхода к эмоциональной регуляции поведения.

Особое значение в организации эффективной психологической помощи детям и подросткам с ранним детским аутизмом имеет ориентация не только на искаженные системно-структурные модели их психического дизонтогене-за, но и на онтогенетические модели. Учет системно-структурных моделей позволяет разработать дифференцированные методы психокоррекционных воздействий с ориентацией на степень тяжести и специфическую структуру аффективного, интеллектуального и речевого дефекта. Учет онтогенетических моделей предполагает, с одной стороны, ориентацию психокоррекционных воздействий на более ранние этапы психического развития ребенка (на чем построен; например, метод холдинг-терапии), с другой стороны, ориентацию на уровень ближайшего развития ребенка, что требует развития самооценки у ребенка, адекватного отношения к своему состоянию и формирования адекватных поведенческих реакций и пр.

Сегодня остро стоит проблема организации обучения для детей с аутизмом. Для аутичных детей необходимы школы различного типа, которые соответствовали бы степени тяжести их эмоционального и интеллектуального дефекта. Содержание, формы, методы обучения в школе должны быть построены с учетом индивидуальных особенностей детей с аутизмом, их потенциальных возможностей и интересов.

Реализация потенциала ребенка с аутизмом возможна только при создании

психотерапевтической среды в социуме. Особую значимость приобретает проблема интеграции аутичных детей в общество здоровых детей и детей с иными проблемами в развитии. Все это требует комплексного, целостного и одновременно дифференцированного подхода к психологической помощи детям с ранним детским аутизмом. Только такой подход позволит повысить эффективность психологической помощи с учетом всех факторов, определяющих психическое развитие аутичного ребенка, в том числе и фактора окружающей социальной среды.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Мальчик 6 лет

Схематичное изображение тела, что не соответствует возрастной норме. У маль-чика наблюдается задержка психического развития.

Преувеличенные в размере кисти рук отражают нереализованную потребность в общении. Изображение зубов на лице отражает склонность к вербальной агрессии. Изображение оружия (шпага) является признаком агрессивности.

У мальчика в анамнезе родовая травма, наблюдается задержка психического развития церебрально-органического генеза. Нарушения поведения с признаками агрессии, аутистические тенденции.

Рис. 1. Человек

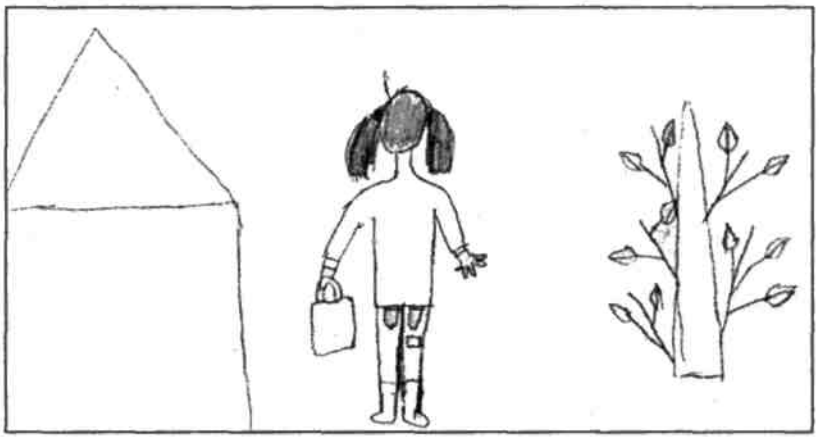


Рис. 2. «Дом, дерево, человек»

Девочка 11 лет

Увеличенный размер рисунка человека, несоблюдение пропорциональных взаимоотношений между объектами отражает тревогу на момент обследования.

Малое количество деталей, особенно при изображении дома, отражает, с одной стороны, сниженный уровень интеллектуального развития, с другой стороны, астению.

Отсутствие лица (глаз, рта и других деталей) отражает аутизацию, негативизм.

Отсутствие дополнительных деталей на доме также отражает замкнутость, склонность к аутизму, негативизм.

У девочки наблюдается аутизм, обучается в школе по массовой программе на дому.

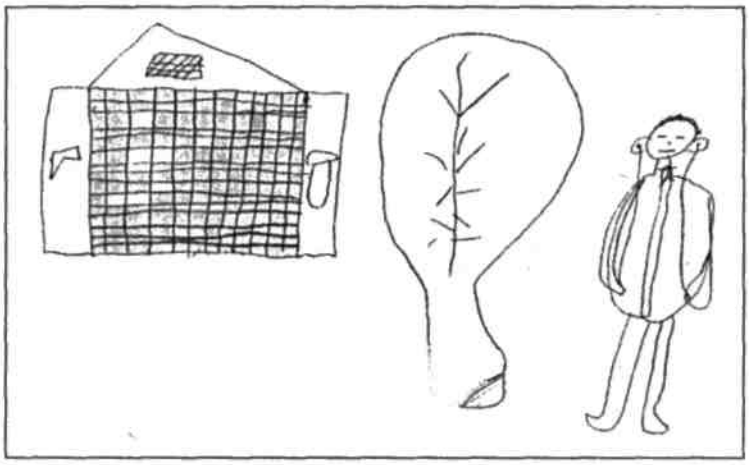


Рис. 3. «Дом, дерево, человек»

Мальчик 13 лет 2мес.

В целом уровень изображения фигур не соответствует возрастной норме.

Изображение дома отличается от остальных рисунков множественными штриховыми линиями, что отражает проблемы в семье. Мальчик назвал свой дом «тюрьма». Это отражает также страх у ребенка агрессии со стороны окружающих, повышенную зависимость.

Дерево изображено закрытой круговой линией, что отражает аутизацию у ребенка. Отсутствие корней у дерева отражает неадаптированность, отсутствие эмоциональных контактов и привязанностей в семье.

Рисунок человека отличается схематичным изображением лица, что отражает негативизм, депрессивный фон настроения, аутизацию. Отсутствие рук — проблемы общения, склонность к импульсивности. Подчеркнутые уши с вставленными наушниками от плеера отражают подозрительность.

У мальчика органический аутизм (по классификации К. С. Лебединской), задержка психического развития.

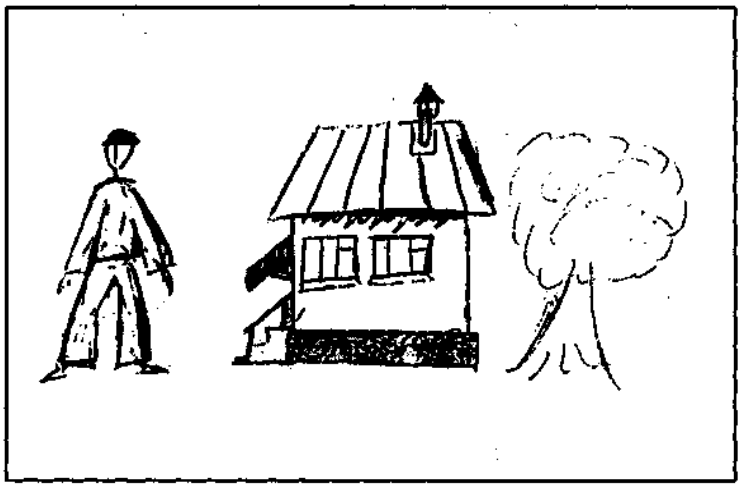


Рис. 4. «Дом, дерево, человек»

Мальчик 11 лет

В центре рисунка располагается дом, который, по сравнению с другими, отличается большей выразительностью, детализацией. Подчеркнутые крыша, стены дома, фундамент, более сильный нажим отражают потребность у ребенка в защите, тревожность, наличие гиперопеки со стороны родителей.

Закрытые линии кроны дерева отражают замкнутость мальчика, а также склонность к фантазированию.

Отсутствие изображения лица, искажение формы головы, отсутствие пальцев рук отражают дефицит общения у мальчика, что проявляется в слабой потребности и неумении общаться.

Широко расставленные ноги и непрорисованные ступни отражают потребность в защите и опоре, трудности социальных контактов.

Мальчик учится в четвертом классе по массовой программе, успеваемость удовлетворительная. Наблюдаются существенные проблемы в общении со сверстниками. Четвертая группа по классификации О. С. Никольской.

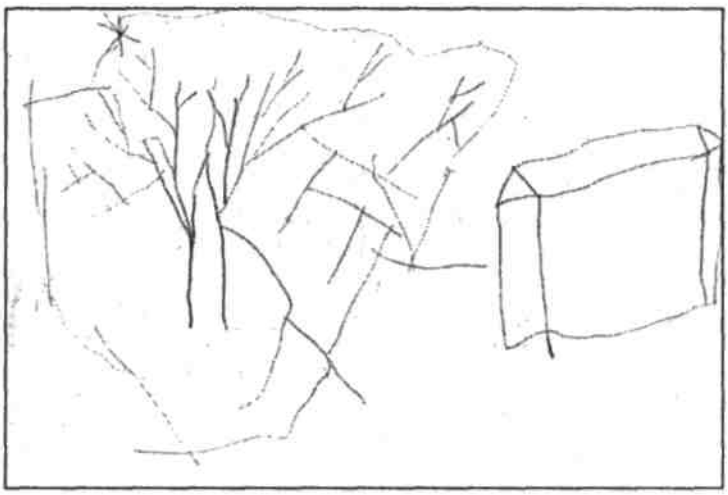


Рис. 5. «Дом, дерево, человек»

Мальчик 10 лет

Отсутствует рисунок человека.

В рисунке дерева обращает на себя внимание «штрихообразность», множественность линий, искажение формы линий, что отражает тревожность у ребенка, склонность к импульсивности. Форма дерева «сломанная», неструктурированные линии указывают на депрессивный фон настроения, импульсивность, трудности целенаправленного поведения.

Отсутствие дополнительных деталей в рисунке дома отражает аутизацию, негативизм.

У мальчика органический аутизм, выраженная задержка психического и речевого развития. Посещает группу "Особый ребенок", отличается психомоторной расторможенностью.

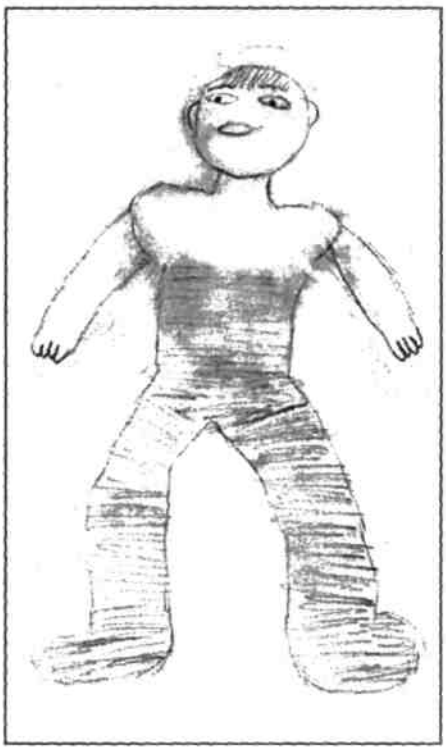


Рис. 6. Человек

Мальчик 14 лет

Рисунок человека отличается некоторой карикатурностью, что является признаком демонстративности в сочетании с негативизмом. Выражение лица несколько отстраненное, что отражает склонность к аутизации. В рисунке выражены признаки мужского пола, что отражает сексуальность, агрессивность, культ силы, что свойственно подростковому возрасту.

Слабый нажим штрихов может отражать депрессивный фон настроения, а увеличенный размер фигуры человека отражает повышенную тревожность на момент обследования.

Малое количество деталей на лице и туловище отражает замкнутость, депрессивный фон настроения, потребность в самозащите.

Жалобы родителей на грубость, аффективность у ребенка, трудности общения со сверстниками, проявление агрессивности. Наблюдается у психиатра по поводу расстройств поведения, аутизма, эписиндрома (эпилептическая готовность).