Работа с агрессией у аутичных детей

Агрессия — явление неоднозначное. Она может быть проявлением влечений, формой защиты, примитивным способом взаимодействия с окружающим, а также интуитивным методом разрядки напряжения.

При агрессии как проявлении влечения (потребности причинить близким боль) не следует ребенка ругать, нужно перехватить его руку, отстранить от себя, занять чем-то другим. Если пресечь агрессивные действия не удается, взрослый не должен внешне реагировать на боль, так как его эмоциональная реакция может доставить ребенку удовольствие и закрепить этот неприемлемый тип поведения.

Агрессия как средство обороны возникает как сопротивление ребенка попыткам взрослых нарушить его аутистическую отгороженность, привычный порядок жизни. За ней стоит страх перед окружающим миром. Здесь нужны осторожность и терпение, постепенное приучение ребенка к новым впечатлениям, объяснение ему смысла происходящего вокруг. Эта агрессивность проходит сама.

Глубоко аутичный ребенок нередко прибегает к самоагрессии: начинает плакать, бить себя, кусать себе руки. Проявления самоагрессии легко снимаются в комфортных условиях, если требования взрослого не превышают возможностей ребенка.

Агрессивные действия как форма общения с окружающим миром возникают на фоне усиления психической активности ребенка, поднятие его эмоционального тонуса, появления направленности вовне. Дело в том, что в момент установления контакта с ребенком его внутреннее напряжение начинает разряжаться вовне. В этом случае взрослому следует предложить ребенку игру, которая позволила бы ему осуществить агрессивно насыщенные действия в социально приемлемой форме: стрелять из пушки, воображать фейерверк и т. д.

Отношение взрослого к агрессивным действиям ребенка должно строиться в зависимости от их природы. И если одни формы агрессии следует игнорировать либо подавлять социальной организацией форм поведения, то другие являются необходимым этапом адаптации ребенка к социальным формам отношений.

Развитие целенаправленного поведения

Необходимо, во-первых, подобрать для ребенка занятия, не требующие больших усилий, точных движений, речевого взаимодействия и в то же время быстро дающие эмоционально яркий эффект; во-вторых, нужно незаметно для ребенка облегчить осуществление даже этих простых заданий. Далее, опираясь на удовольствие, которое ребенок получает от результата своей работы, взрослый ставит его перед необходимостью совершать все новые необходимые для достижения результата подготовительные действия. Усвоение ребенком в ходе совместной игры новых навыков предметного действия позволяет взрослому все более усложнять взаимодействие.

Работа по развитию речи

Речевые расстройства, будучи в значительной мере следствием нарушений общения, в свою очередь еще более усугубляют затруднения в контакте с окружающим. Поэтому работа по развитию речи должна начинаться как можно в более раннем возрасте и проводиться с учетом варианта речевого развития детей с РДА. Независимо от вариантов речевых расстройств необходимо выполнять следующие условия:

1) много разговаривать с ребенком, объяснять происходящее вокруг, говорить новые слова, не требуя немедленного их повторения;

2) постоянно вовлекать ребенка в обсуждение планов на предстоящий день, обговаривать их в процессе исполнения, затем оценивать прошедший день;

3) постепенно переходить к составлению планов на более длительные сроки;

4) давать возможность детям регулировать свои действия с помощью речевого планирования.

Обучение бытовым навыкам

Эмоциональное освоение происходящего вокруг, формирование активного отношения, заинтересованности в окружающем необходимы для адекватного приспособления аутичного ребенка к жизни семьи, преодоления его негативизма, капризов, обучения самым простым навыкам бытового поведения, самообслуживания, следования распорядку дня.

Освоение таким ребенком необходимых бытовых навыков происходит в длительном взаимодействии с близкими и требует от них большого терпения.

Обретение окружающего мира

Смягчение тревоги, страхов аутичных детей, формирование эмоционально положительного отношения к окружающему, возможности взаимодействия со взрослыми позволяют обогатить знания ребенка об окружающем мире, умение активно ориентироваться в нем.

Необходимо организовать совместное активное обследование привычных предметов обихода, любимых игрушек. При этом задачей является не столько обогащение сенсорного опыта, сколько соединение внутренних впечатлений с функциями реального предмета исследования, его значением в жизни ребенка, закрепление этих связей в речи.

Необходима постоянная работа, обеспечивающая развитие у ребенка навыка ориентировки в окружающем. Игры, занятия с ребенком должны отражать смену природных условий. Наблюдая за жизнью птиц, животных, растений, ухаживая за ними, ребенок подходит к осознанию и выделению "живого", сопереживанию живому, ответственности за него.

Необходимо, хотя это, вероятно, труднее всего, знакомить аутичного ребенка с жизнью других детей. Для того чтобы обогатить эмоциональный опыт аутичного ребенка, целесообразно приобщение его к детским праздникам, походам в зоопарк, цирк, на просмотр мультфильма.

Все эти мероприятия, помогают аутичному ребенку лучше ориентироваться в окружающем мире, эмоционально тонизируют его, формируют разнообразные связи, социальные интересы, помогают постепенно преодолевать его аутистическую изоляцию, позволяют включить его в процесс дальнейшего школьного обучения.

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ В КОРРЕКЦИИ РДА

Как уже говорилось ранее в настоящий момент насчитывается более 70-ти различных подходов в коррекции РДА. Основные мы назвали, однако существует и ряд подходов, которыми можно пользоваться как вспомогательными, дополнительными. Рассмотрим некоторые из них.

Холдинг-терапия

Метод был разработан в 1983 году доктором M.Weich (New York, USA). "Холдинг-терапия" (от английского "hold" — держать). C 1989 года эта методика стала применятся и у нас. Специалисты из московского РАО опробовали данный метод в работе с 18-ю глубоко аутичными детьми (1-2 группа по классификации О.С.Никольской) и получили положительные результаты (Лебединская К.С., Никольской О.С. и др., 1989).

Структура терапии: состоит из повторяющихся процедур холдинга —удержания ребенка на руках у родителей до его полного эмоционального и физического расслабления. Выглядит это так: мать берет ребенка на руки (на колени) и крепко прижимает его к своей груди, так, чтобы была возможность установить контакт глазами; не ослабляя объятий, несмотря на сопротивление ребенка, мать говорит ему о своих чувствах и своей любви к нему, и о том, как она хочет совместно с ним преодолеть ту или иную проблему.

В основе метода лежат представления о том, что: во-первых, нормальное развитие и социализация ребенка невозможны без установления тесного эмоционального (визуального, кинестетического, аудиального) контакта с матерью; во-вторых, нарушение связи с матерью чревато тяжелыми физическими и психическими последствиями для ребенка (исследования по депривации); в-третьих, желание обнять и удержать при себе ребенка, чтобы разобраться в том, что с ним происходит, утешить и попробовать наладить взаимоотношения с ним — это естественное инстинктивное желание любой матери.

Задача родителей: удержать ребенка не только физически, но и эмоционально, уговаривая его не уходить, не покидать маму и папу, объясняя, как важно быть всем вместе.

Стадии терапии. Автор метода выделяет три стадии в процедуре холдинга и еще одну стадию добавляют московские специалисты:

Конфронтация. Обычно ребенок противится началу холдинга. Может находить любые поводы, чтобы избежать начала данной "процедуры".

Активное отвержение. Наступление данной фазы говорит о том, что терапия проходит нормально. Здесь важным моментом выступает подготовленность родителей: нельзя поддаться жалобному плачу ребенка или испугаться и отступить под его физическим натиском (ребенок может рваться из объятий, кусаться, царапаться, плеваться, кричать и обзывать мать различными обидными словами); правильная реакция матери состоит в том, чтобы, гладя ребенка, успокаивать его, говорить ему, как она его любит и как переживает, что он страдает, но она ни за что не отпустит его именно потому, что любит.

Стадия разрешения. Ребенок перестает сопротивляться, устанавливает контакт глазами, расслабляется, у него появляется улыбка, ему становится легко проявить нежность; мать и ребенок получают возможность говорить на самые интимные темы и переживать чувство любви (M.Welch "Holding-Time". N.Y., 1988).

Развивающая стадия. Отработка необходимых аутичному ребенку форм позитивного эмоционального воздействия, что позволяет холдинг-терапии длительно сохранять свою эффективность. По мнению московских авторов холдинг должен работать в двух направлениях (второе из них и является основанием для введения четвертой стадии терапии):

преобразование негативных аффектов, снятие эмоционального напряжения, возбуждения, тревоги, страха, преодоление агрессии и негативизма;

разработка новых форм эмоционального контакта, что способствует развитию взаимодействия, подражания, понимания эмоционального смысла, стимулирует развитие речи.

Требования к специалисту. Опыт коррекционной работы с аутичными детьми; знание закономерностей аффективного развития детей с РДА.

Задачи специалиста, ведущего холдинг-терапию:

подготовка семьи к терапии (подробно информировать семью о сути и технике холдинга и убедиться в эмоциональной готовности родителей проводить терапию);

поддержка родителей во время фазы активного сопротивления (вдохновение матери, сдерживание ее гнева и отчаяния, организация правильной поддержки отца, передача родителям сигналов от ребенка, которых они не поняли или не заметили, помощь в подборе нужных слов, коррекция родительских реакций в тех или иных ситуациях);

определение основных задач развивающей фазы холдинга (опираясь на настоящий уровень развития ребенка) и, попутное, обучение родителей способам-навыкам коррекционного и эмоционального взаимодействия с их ребенком во время выполнения этих задач (подбор материала для рисования, чтения, игры, ИЗО и т.д.; работа с речью — разнообразные "заражения" и "провокации" ребенка; аффективной сферой — преодоление агрессии, самоагрессии, страхов, влечений, чрезмерным возбуждением; навыками самообслуживания и т.д.

Противопоказания:

тяжелые соматические (острые или хронические) заболевания родителей и ребенка. Изучая историю развития ребенка, следует, например, обращать внимание на наличие судорожных приступов в анамнезе. В таких случаях следует отказаться от холдинга и воспользоваться другими, более щадящими методами эмоциональной коррекции;

ситуация неполной семьи (причем, когда в семье нет отца, также исключает возможность терапии, как и при его отказе, когда он есть);

сопротивление родителей, их эмоциональная неготовность (нельзя заставлять родителей начинать терапию "через силу", т.к. этот метод далеко не панацея).

Авторы считают главным в данном методе то, что он, стимулируя развитие ребенка, дает семье возможность по-новому наладить взаимоотношение с ним, преодолевая при этом как сам аутизм, так и связанную с ним задержку психического развития.

Арт-терапия

Занятия по изобразительной деятельности с детьми, страдающими РДА, являются как уроками (выработка навыков рисования), так и — в первую очередь — великолепным арт-терапевтическим методом (Бардышевский Н.В., Бардышевская М.К., 2001).

Задачи:

развитие потребности ребенка в общении;

обогащение форм контакта, включая развитие навыков совместной деятельности;

развитие стереотипов взаимодействия со взрослыми и сверстниками, придание этим стереотипам большей гибкости, социальной адекватности за счет постепенного насыщения их эмоциональным опытом;

развитие воображения и способности к децентрации, т.е. возможности взглянуть на мир глазами другого, способность учитывать точки зрения других людей на те или иные явления и предметы.

Показания к применению

Приемы оказались особо эффективными с детьми дошкольного и младшего школьного возраста, у которых отмечаются относительно легкие варианты детского аутизма, сохранено понимание речи, нет глубокой задержки интеллектуального развития.

Этапы работы:

1) установление контакта с ребенком (выработка первоначальной мотивации к рисованию, преодоление негативизмов, развитие интереса к изобразительной деятельности);

2) развитие навыков рисования:

овладение основными графическими схемами;

расширение репертуара техник рисования.

3) использование рисования как средства для развития символического (образного, эмоционально насыщенного) мышления;

4) использование рисования как способа выражения и переработки эмоционального опыта ребенка с опорой на сформированные ранее стереотипы.

Требования к материалу

Специалисты выяснили предпочтения аутичных детей, исходя из их гиперчувствительности. Для начинаний в рисовании подойдут: толстые фломастеры с различными фруктовыми запахами; толстые восковые карандаши (предпочтительно оранжевого, красного цветов); большие плотные листы бумаги с легкой зернистой фактурой, постепенно можно переходить на акварель и более тонкие восковые мелки, их сочетание.

Музыкотерапия

В основе подхода лежат представления о том, что у аутичных людей отмечается "зависание" на первичном языке — языке чувств, света, запаха, вкуса и, ранее всего — звука. В онтогенезе слуховой анализатор включается в работу на 20 - 22 неделе беременности (раньше, чем зрительный): он помогает дифференцировать звуки по высоте, силе, темпу, тембру, т.е. во внутриутробном периоде формируется частотно-тональный слух. Дальнейшее созревания определенных структур головного мозга и развитие частотно-тонального слуха создают предпосылки для развития речевого слуха. При обычном развитии ребенка это многозвучное пространство неречевых (доречевых) звуков постепенно заменяется смыслом речевых высказываний. В отличии от этого, у аутичного ребенка в большей степени сохраняется ориентация на акустическую сторону речи, чем на семантическую. Этим объясняются бесконечные речевые стереотипии, игры фонетикой, жонглирование словами, тогда как вторичный язык — язык смыслов уходит у детей с аутизмом на второй план.

Музыкотерапия — это терапия контакта при помощи музыкальных средств, который ведется на первичном языке, языке доступном аутичному ребенку. Это совместное исследование звукового пространства, основными задачами которого являются: установить контакт с аутичным ребенком; помочь ему структурировать информацию, поступающую извне; развить способность к коммуникации (Шарова Г.В., 2001).

Цели музыкотерапии в работе с аутичными детьми по Г.В.Шаровой:

1. Создание и развитие контакта.

2. Создание возможности перехода от замкнутости на своих переживаниях (доминирования внутренней психической жизни личности) к восприятию внешней реальности, осознанию себя в этой реальности.

3. Создание возможности творческой самореализации аутичного человека.

4. Помощь в выработке оптимальных (адекватных для окружающих и комфортных для самого аутичного человека) способов реагирования на внешние события.

В последнее время проблеме аутизма уделяется довольно много внимания. Статистика гласит, что количество детей больных аутизмом значительно выросло за последнее время. Что этому способствовало, специалисты затрудняются ответить, да и эта информация не поможет решить проблему. Как, впрочем, найти единственно верный способ лечения аутизма.

Не смотря на то, что аутизм – это заболевание на всю жизнь, родители в силах помочь своему ребенку проведением коррекционной работы, которая позволит минимизировать проявления болезни. Да, именно родителям отводится главная роль в процессе лечения, не смотря на то, что зачастую они не имеют соответствующего образования. Но они являются самыми близкими людьми для больного малыша, знают его лучше всех, способны поддерживать в каждую минуту его жизни, а значит им необходимо проявить особую настойчивость, терпение и веру в то, что все получится.

Успех лечения раннего детского аутизма зависит от времени начала лечения. Чем раньше появились подозрения на аутизм, тем скорее необходимо начинать коррекционную работу. На этом этапе часто возникают трудности, так как до 3х лет ребенку не могут поставить диагноз «аутизм», а до того времени многие родители надеются на «авось само пройдет», что является очень большой ошибкой. Однако в первые три года жизни ребенка его можно отнести к группе риска, что уже является поводом для начала диагностических занятий длительностью в несколько месяцев.

Коррекционная работа с детьми больными аутизмом или с подозрением на него, должна быть обязательно комплексной. Ведущая роль принадлежит психолого-педагогической работе, в то время как медикаментозное лечение хоть часто и необходимо, однако должно проводиться с большой осторожностью.

Так как аутичные дети имеют трудности с адаптацией к новым условиям, необходимо создать в центре, где занимается ребенок, подобные к домашним условия. Коррекционная работа проводится на протяжении всей жизни, однако наиболее интенсивной она должна быть именно в раннем возрасте. В это время наибольшая ответственность падает на родителей.

Именно поэтому им необходимо быть терпеливыми и последовательными, а также находится во взаимопонимании со специалистами, работающими с ребенком. И еще одно важное условие коррекционной работы при аутизме – индивидуальная программа. Так как каждый случай раннего детского аутизма является особенным, то он должен корректироваться только по индивидуальной программе. Работа в соответствии с чужими программами или опытом требует осторожности и вдумчивой проверки.

**Ранний детский аутизм** и **аутистические спектральные расстройства** – это нарушение развития ребенка, которые проявляются в первые 2-3 года жизни ребенка и затрагивают его физическое, психическое и когнитивное развитие. При этом нарушается потребность в общении, появляется стереотипность поведения, дефицит речевого контакта.  
  
Ученые во всем мире пришли к выводу, что в лечении аутизма необходим комплексный подход. В нем особое место отводится диете ребенка больного аутизмом. DAN-доктора, занимающиеся вопросами аутизма уже несколько десятилетий подряд, утверждают, что **безглютеновая безказеиновая диета** является очень эффективным методом для улучшения самочувствия ребенка, а также помогает ему выйти на новый уровень общения с людьми.  
  
То, что глютен является агрессивным белком, который содержится в злаках, давно известный факт. А вот по поводу казеина, содержащегося в молочных продуктах, говорят не очень много. Некоторые ученые на основании проведенных исследований утверждают, что казеин оказывает весьма специфическое влияние на организм человека. Казеин расщепляется в желудке на пептид казоморфин. Так как он обладает схожими свойствами с морфином и опиоидами, то вполне может быть причиной отрешенного состояния ребенка. Об этом говорят и сами родители. Поэтому было решено убрать эти два вещества из рациона ребенка, а также другие продукты, вызывающие у ребенка аллергию или другие негативные реакции со стороны организма.  
  
Переходить на БКБГ диету специалисты рекомендуют постепенно. Сначала убираются самые тяжелые аллергены, затем молочные продукты, и в самом конце продукты, содержащие глютен. Сахар тоже советуют ограничивать в употреблении и заменять, например, виноградным сахаром.  
  
Трудно сказать, как долго должна длится диета. Врачи склоняются к тому, чтобы придерживаться ее всю жизнь. Однако есть шанс, что организм ребенка со временем все же достаточно окрепнет в процессе лечения и сможет нормально воспринимать казеин и глютен.  
  
Многие родители детей больных аутизмом, которые довольно долгое время придерживались безглютеновой безказеиновой диеты, отмечают существенные изменения, которые происходят с ребенком. Изменения в лучшую сторону в эмоциональной, физической и даже когнитивной сферах. Однако для достижения наилучшего эффекта необходимо строго придерживаться диеты, так как малейшее ее нарушение способно вызвать регресс. Поэтому необходимо очень внимательно читать этикетку товаров, которые вы приобретаете. Так как даже привычные нам красители, например, часто делаются из пшеницы или производятся совсем рядом с продуктами, содержащими пшеницу.

ВВЕДЕНИЕ

Конвенция ООН по правам ребенка в качестве исходной точки рассматривает права каждого отдельного ребенка. В Конвенции отмечается, что все дети обладают фундаментальными правами, однако многие из них по различным причинам нуждаются в дополнительной поддержке и помощи на разных стадиях развития для реализации своих прав. Такая дополнительная помощь необходима, например, детям с аутизмом. [16, с.122]

Аутизм у детей проявляется в нарушении контактов, в уходе от реальности в мир собственных переживаний. В настоящее время аутизм рассматривается как первазивное (беспроникающее, общее) нарушение, искажение психического развития, обусловленное биологической дефицитарностью центральной нервной системы ребенка. У детей с аутистическими проявлениями наблюдается нарушение социального взаимодействия и способности к общению. Для них характерны явное стремление к одиночеству, ритуальные, стереотипно повторяющиеся формы поведения, специфическое развитие или полное отсутствие речи, манерность, угловатость движений, неадекватные реакции на сенсорные стимулы, страхи.

По данным Института коррекционной педагогики Российской Академии образования (1999) при своевременной и правильно организованной коррекционной работе 60% детей с аутизмом получают возможность обучаться по программе массовой школы, 30% - по программе специальной школы того или иного типа и 10% адаптируются в условиях семьи. В тех случаях, когда коррекция не проводится, 75% вообще социально не адаптируются, 20-30% адаптируются относительно – они нуждаются в постоянной опеке, и лишь 2-3% достигают удовлетворительного уровня социальной адаптации. [7, с.183]

Из вышеизложенного становится понятно, насколько важным является проведение коррекционно-развивающей работы с аутичными детьми, и насколько актуальна данная проблема.

Целью исследования является выявление оптимальных путей, и средовых ресурсов коррекционно-развивающей работы, способствующей социализации и адаптации аутичных детей.

Для достижения указанной цели в работе были поставлены следующие задачи:

● изучить современные медико-педагогические представления о проблеме раннего детского аутизма, его природе и сущности; осуществлении ранней диагностики

● проанализировать своеобразие речевого развития аутичного ребенка;

● раскрыть особенности содержания коррекционно-развивающей работы и выявить условия для успешной реабилитации детей;

● исследовать условия реабилитации детей на базе ЦКРОиР г Гродно.

Объектом исследования выступает коррекционно-развивающая работа, а предметом – организация процесса коррекционно-абилитационной помощи детям с синдромом РДА (педагогический подход).

В ходе подготовки и написания данной работы был использован опыт ученых (анализ публикаций), знания специалистов (учителей-дефектологов, педагогов-психологов), изучение документации, анализ динамики развития детей с аутическими проявлениями, а также наблюдение за аутичными детьми в группе ГГЦКРОиР.

Гипотеза исследования – проведение адекватно организованной коррекционно-развивающей работы (в частности программы и среды), способствует улучшению динамики развития детей с аутистическими проявлениями, формированию функциональных навыков и дальнейшей социализации.

В соответствии с указанной целью и задачами определилась и структуры работы. Она состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы и приложений.

Во введении дается обоснование выбора темы исследования, ее актуальность, поставлены цель и вытекающие из нее задачи, характеризуется структура работы.

В первой главе изучаются современные концепции детского аутизма. в частности, здесь раскрываются главные медицинские и педагогические проявления синдрома раннего детского аутизма. Предоставлена клинико-психологическая классификация РДА, дифференциальная и педагогическая диагностики, а также особенности речевых расстройств у детей с РДА.

Вторая глава посвящена коррекции и развитии детей с синдромом РДА, указана роль организации интегрированного обучения и воспитания детей с РДА.

Заключение представлено в виде кратких выводов и анализов данной работы, подведены итоги и доказана возможность и необходимость изучения и дальнейшего исследования этой темы.

Имеется список использованной литературы и приложения.

Использован опыт учителей-дефектологов, а также опыт ученых и специалистов.

Результаты исследования могут служить базой для дальнейших исследования, а также использоваться при написании обобщающих трудов и специальных работ по отдельным аспектам темы детского аутизма.

ГЛАВА 1. МЕДИКО-ПЕДОГОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ СИНДРОМА «РАННИЙ ДЕТСКИЙ АУТИЗМ»

1.1 Понятие, этиология, возможные причинные факторы возникновения «Раннего детского аутизма»

Ранний детский аутизм (классический аутизм или синдром Каннера) – отклонение в психическом развитии ребенка, включающее не одну дисфункцию. Понятие аутизма представляет собой комплексное нарушение, в большей мере, чем эпилепсия и умственная отсталость. Главным проявлением аутизма является нарушение общения ребенка с окружающим миром. Причины возникновения аутизма разнообразны.. Чаще всего это патология так называемого «шизофренного спектра» реже – особая органическая недостаточность центральной нервной системы (хромосомная, наследственно-обменная, возможно и внутриутробная). Не исключено, что РДА может возникнуть и кА самостоятельная аномалия психической конструкции, обусловленная наследственностью. [5, с.3]

В странах Западной Европы статистика показывает, что частота РДА оценивается от 5 до 15-20 на 10 тысяч детского населения. [5, с.3]

В вопросе об этиологии раннего детского аутизма единства мнений нет.

Л.Каннер (1943) расценивал РДА как особое болезненное состояние; Г.Аспергер (1944-1948) – как патологическую конституциональную структуру, ближе к психопатической. Большинством отечественных исследователей (Г.Е.Сухарева, 1935, 1974; Т.П.Симпсон, 1948; О.П.Юрьева, 1967), а также рядом зарубежных исследователей (Л.Бендер, 1958; М.Кларк, 1963 и др.) ранний детский аутизм рассматривается в основном в рамках патологии шизофренного круга: как начальный период детской шизофрении, реже – тяжелой формы шизоидной психопатии. В этих случаях речь идет о наследственной патологии с невыясненными механизмами, как это имеет место при шизофрении. [5, с.3]

Ряд исследователей предполагают возможность и органического происхождения синдрома РДА (Д.Н.Исаев, 1970, 1978; К.С. Лебединский и С.В.Немировская, 1981) его связь с внутриутробным поражением нервной системы и локализацией в стволовых отделах мозга.

В зарубежных исследованиях, значительная роль отводится хронической психотравмирующей ситуации (Б.Беттельхейм, 1967 и др.), вызванной холодностью матери по отношению к ребенку, деспотическим давлением матери.

Со времени признания существования раннего детского аутизма проведены многочисленные исследования, в ходе которых делались попытки раскрыть суть заболевания. Обнаружены различные механизмы развития аутизма: психологические, неврологические (резидуально-органический дефект), нейрофизиологические (недостаточная активация ретикулярной формации), биохимические (увеличение содержания серотонина), иммунные (наличие аутоиммунных процессов) и генетические (родственники первой степени родства заболевают в 50 раз чаще, чем в здоровой популяции) [4, с.4]

Около половины из всех людей с синдромом Аспергера имеют близких родственников с таким же синдромом или его типичными симптомами.

По сравнению с общим населением среди детей с аутизмом встречается большее число случаев повреждений мозга, возникших во время беременности, родов или послеродового периода. Они особенно часто препятствуют благополучному развитию в течение пре-, пери- и неонатального периодов.

Дети, перенесшие определенные инфекции, такие как краснуха во время беременности или вирусный инфекционный герпес в течение первых лет жизни, подвержены высокому риску развития аутизма. Другие инфекции также могут являться причиной повреждений мозга, достаточных для развития аутизма. [4, с.54]

Остается неизвестным, что эти соматические расстройства имеют общего. Считается, что они нарушают функции мозга, необходимые для нормального социально-коммуникативного развития и развития воображения.

Итак, причины детского аутизма еще не достаточно изучены. Но необходимо отметить, что детский аутизм – это прежде всего вызванное особыми биологическими причинами нарушение психического развития, которое проявляется очень рано.

В настоящее время в некоторых случаях могут быть определены причинные расстройства или заболевания. Определена локализация некоторых поражений и найден ряд биологических отклонений.

1.2 Клинико-психологическая классификация «Раннего детского аутизма»

Диагноз РДА базируется на таких основных симптомах, как аутизм, склонность к стереотипиям, непереносимость изменений в окружающей обстановке, а также раннее, до 30-месячного возраста выявление специфических признаков дизонтогенеза. [12, с.21]

Однако при наличии этой общности проявлений другие признаки обнаруживают значительный полиморфизм. Да и основные симптомы различаются как по особенностям характера, так и по степени выраженности. все это определяет наличие вариантов с разной клинико-психологической картиной, разной социальной адаптацией, разным прогнозом.

Эти варианты требуют и разного коррекционного подхода, как лечебного, так и психолго—педагогического.

О.С.Никольской (1985-1987) выделены четыре основные группы РДА. [Приложение 1]

Основными критериями деления избраны характер и степень нарушений взаимодействия с внешней средой и тип самого аутизма.

У детей I группы речь будет идти об отрешенности от внешней среды, II – отвержение внешней среды, III – замещение внешней среды и IV сверхтормозимости ребенка окружающей его средой.

Как показали исследования, аутичные дети этих групп различаются по характеру и степени первичных расстройств, вторичных и третичных дизонтогенетических образований.

Дети I группы (8%) с аутистической отрешенностью от окружающего характеризуются наиболее тяжелыми нарушениями психического тонуса и произвольной деятельности. Их поведение носит полевой характер и проявляется в постоянной миграции от одного предмета к другому. Эти дети мутичны. Наиболее тяжелые проявления аутизма: дети не имеют потребности в контактах, не осуществляют даже самого элементарного общения с окружающими, не овладевают навыками социального поведения, самообслуживания.

Скорее всего, здесь речь идет о раннем злокачественном течении шизофрении, часто осложненной органическим повреждением мозга.

Дети этой группы имеют наихудший прогноз развития, нуждаются в постоянном уходе и надзоре. При интенсивной психолого-педагогической коррекции у них могут быть сформированы элементарные навыки самообслуживания, могут освоить письмо, счет и даже чтение про себя.

Дети II группы (62%) с аутистическим отвержением окружающего характеризуются определенной возможностью активной борьбы с тревогой и многочисленными страхами за счет аутостимуляции положительных ощущений при помощи многочисленных стереотипий: двигательных (прыжки, взмахи рук и т.д.), сенсорных (самораздражение зрения, слуха, осязания) и т.д.

Внешний рисунок их поведения – манерность, стереотипность, причудливые гримасы и позы, походка, особые интонации речи. Эти дети не идут на контакт, отвечают односложно или молчат, иногда что-то шепчут.

У этой группы детей речь, скорее, идет либо о шизофрении, либо, возможно, биохимической, на настоящем уровне диагностики не определяемой.

Прогноз на будущее для детей данной группы лучше. При адекватной длительной коррекции они могут быть подготовлены к обучению в школе (чаще – в массовой, реже – во вспомогательной). [5, с.103]

Дети III группы (10%) с аутистическими замещениями окружающего мира характеризуются большей произвольностью в противостоянии своей патологии, прежде всего страхам. Внешний рисунок их поведения ближе к психопатоподобному. Характерна развернутая речь, при развернутом монологе очень слаб диалог. Эти дети менее аффективно зависимы от матери, не нуждаются в примитивном контакте и опеке.

Эти дети при активной медико-психолого-педагогической коррекции могут быть подготовлены к обучению в массовой школе.

Дети IV группы (21%) характеризуются сверхтормозимостью. В их статусе на первом плане – неврозоподобные расстройства: чрезмерная тормозимость, робость, пугливость, особенно в контактах, чувство собственной несостоятельности, усиливающее социальную дезадаптпцию. При плохом контакте со сверстниками они активно ищут защиты у близких. Формируются образцы правильного социального поведения, стараются быть «хорошими», выполнять требования близких. Имеется большая зависимость от матери, чтобы постоянно «заряжаться» от нее.

Их психический дизонтогенез приближается, скорее, к своеобразной задержке развития с достаточно спонтанной, значительно менее штампованной речью.

Детей этой группы следует дифференцировать между вариантом синдрома Каннер как самостоятельной аномалией развития, реже – синдром Аспергера как шизоидной психопатией. Эти дети могут быть подготовлены к обучению в массовой школе.

Выделенные клинико-психологические варианты РДА отражают, очевидно, различные патогенетические механизмы формирования этого нарушения развития, разный характер генетического патогенного комплекса.

1.3 Дифференциальная и педагогическая диагностика аутичных детей

С прогрессом медикаментозной терапии и психолого-педагогической коррекции раннего детского аутизма все более значимой становится проблема как можно более ранней диагностики заболевания, с последующим построением индивидуальной тактики комплексной коррекционной работы с детьми с РДА.

Все существующие основные диагностические системы (ДСМ-III-Р, ДСМ-IV и МКБ-10) сходятся в том, что для диагностики аутизма должны присутствовать 3 основные нарушения: недостаток социального взаимодействия, недостаток взаимной коммуникации (вербальной и невербальной) и недоразвитие воображения, которое проявляется в ограниченном репертуаре поведения. [4, с.36]

Будет ли ребенку поставлен диагноз аутизма или нет зависит от того, какие диагностические критерии, использует врач.

В целях определения нейропсихиатрических синдромов выбор часто останавливается на ДСМ (ручная диагностика и статистика), подготовленная ААП (американской Ассоциацией психиатров), также ДСМ-III-Р и ДСМ-IV.

Затем существуют определения Всемирной Организации Здравоохранения, включаемые В МКБ-10 (Международной классификации болезней). Диагностические критерии по МКБ-10 представлены. (приложение 2). [4, с.38]

Для постановки диагноза должны присутствовать признаки нарушения развития в течении первых трех лет жизни.

Существуют определенные, часто проявляющиеся в аутизме, но не считающиеся основными для постановки диагноза. Однако, они заслуживают внимания: это – гиперактивность, слуховая гипер- и гипочувствительность и различные реакции на звук, гиперчувствительность к прикасанию, нанесение себе повреждений, агрессивные проявления и перемены настроения. Они встречаются на 1/3 людей, имеющих это расстройство.

Наряду с диагностическими критериями, по ДСМ-IV(ААП-1994) и МКБ-10 для определения аутизма используется специальная диагностическая карта психолого-педагогического исследования ребенка первых двух лет жизни при предположении у него раннего детского аутизма. Диагностическая карта поведения приведена. (приложение 3). [5, с.116]

Приведенные в ней вопросы добавляются к традиционному психиатрическому либо патопсихологическому анамнезу в случае, если основные жалобы родителей либо данные сопутствующих документов вызывают предположение о возможности РДА.

Естественно, что у данного аутичного ребенка будут проявляться не абсолютно все признаки РДА, западения в отдельных сферах будут выступать в разной степени. Поэтому, представленная в приложении 2 подробная диагностическая карта, должна способствовать не только ранней диагностике и терапии РДА, но и выбору методов психологической коррекции РДА.

Сейчас ранний детский аутизм относят к нарушениям в развитии, а не к психическим болезням, как это было ранее. Отправной точкой такого заключения стало сравнение развития аутичных детей с развитием нормальных детей (Шоплер и Рейчлер, 1979; Шоплер и Рэйчлер и Лэксинг, 1981; Питерс, 1984). [1, с.14]

В приложении 3, приведена сравнительная характеристика аспектов раннего нормального развития и раннего развития при аутизме. В данной таблице рассматриваются: речь и коммуникация, социальные взаимодействия и развитие воображения.

Необходимо обратить внимание, что таблица данных развития детей с аутизмом не может рассматриваться слишком буквально. Во-первых: ранние стадии аутизма полностью не изучены. Во-вторых: очень важны индивидуальные особенности каждого ребенка. В результате этого, часть родителей не распознают некоторые особенности развития детей, указанные в таблицах. (Приложение 4) [4, с.19-22]

Следует обратить внимание на проведение дифференциальной диагностики, так как выявление РДА, особенно в первые годы жизни ребенка, нередко представляет значительные трудности, вследствие того, что дизонтогения в своих отдельных клинико-психологических звеньях имеет много общего с другими аномалиями психического развития у детей.

Наиболее часто РДА приходится дифференцировать с такими аномалиями развития, как невропатия, нарушения психического развития при некоторых резидуально-органических повреждениях мозга, умственной отсталости, недоразвитости речи, глухоте, детском церебральном параличе, синдроме Асперенгера, депрессии, шизофрении, синдроме Pemma.

Дети с невропатией, так же как и аутичные дети II и IV групп, обладают пониженным физическим, моторным и психическим тонусом, плохой переносимостью перемены обстановки, избирательность в контактах. Этим они часто похожи на аутичных детей. Сходство усугубляется и похожестью интересов (к природе, стихам). Дети с невропатией стремятся к контактам не только со взрослыми, Но и со сверстниками. Их страхи преувеличены, но всегда адекватны (боязнь темноты, собак и т.д.). Дети с невропатией любят ласку, в отличие от аутичных детей они охотно идут на подражание в игре. Их речи несвойственны типичные для II группы РДА скандированность, отставленные эхолалии, невнятность.

Наиболее частые ошибочные диагнозы касаются круга церебрально-органической патологии. Психопатологическое сходство этих состояний с проявлениями РДА состоит в наличии психомоторной возбудимости, импульсивности, неустойчивости внимания и настроения, нередко агрессивности, патологии влечений. При гидроцефалии может быть раннее развитие речи.

Для дефектологии наиболее актуальна ранняя дифференциальная диагностика РДА и умственной отсталости, задержки психического развития, нарушения развития речевой, сенсорной и моторной сфер.

Если у ребенка с РДА имеются нарушения интеллектуального развития, нередко возникает вопрос о дифференциации с умственной отсталостью или тяжелой задержкой психического развития.

Аутизм детей I группы, у которых имеется регрессивный характер дизонтогенеза, иногда приходится дифференцировать с органической деменцией.

Сходство этих нарушений развития – в распаде целенаправленной деятельности, потере речи, замене ее нечленораздельными звуками. При органической деменции распад речи носит характер ранней афазии, в то время как при данном аустическом варианте наблюдается мутизм, который может «прорваться» целой фразой.

У аутичных детей II группы ошибочный диагноз умственной отсталости также обычно обусловлен их нарушениями адекватного взаимодействия с окружающим. На первый план выступают трудности привлечения их внимания к нужному предмету, сложности обучить простым бытовым навыкам, неразвернутость речи. Нарушения контактов со средой при интеллектуальной недостаточности будут выражены значительно меньше, чем уровень интеллектуального недоразвития; в то же время привязанность к матери не будет достигать экстремальной степени, как при аутизме.

Аутичные дети III группы, обладающие хорошей речью, склонностью к фантазиям, достаточными ориентацией и навыками, обычно не требуют дифференциации с интеллектуальной недостаточностью.

Неправильной постановке диагноза интеллектуальной недостаточностью, а чаще задержки психического развития у аутичных детей IV группы могут способствовать их пассивность, слабость реакции на окружающее, бедность речи. Но при налаживании контактов с таким ребенком, обнаруживаются достаточная наполненность его внутреннего мира, часто наличие интеллектуальных интересов, эмоциональная чуткость.

Особенно показательна дифференциальная диагностика II и IV групп РДА и интеллектуальной недостаточности при анализе динамики психического развития ребенка на протяжении 1-2-го года жизни. У аутичных детей раньше формируется речь, предпосылки познавательных процессов и позже – моторная сфера. При интеллектуальной недостаточности двигательная сфера, как правило, развивается все же быстрее грубо запаздывающей интеллектуальной.

В целом, отличие аутичного ребенка от ребенка с интеллектуальной недостаточностью именно в значительно большей отрешенности от окружающего, отсутствие зрительного контакта.

Вопрос об отграничении РДА от речевой патологии – сенсорной и моторной алалий, дизартрии – возникает в тех случаях, когда аутичный ребенок как будто не понимает речи окружающих, не выполняет словесных инструкций, часто не говорит или почти не говорит сам. Такие затруднения возникают обычно аутичными детьми I и IV групп.

Однако у детей с первічной речевой патологіей сохранены невербальные коммуникации: жестовая речь; адекватная мимика; напряженный, пристальный взгяд в шею собеседника; возгласы, цель которых – привлечь внимание акружающих.

Особый характер речи детей с РДА IV группы (тихий голос, смазанность, нечеткость произношения) связанный с их некоммуникативностью, а иногда скандированность речи (у детей II группы) могут быть расценены как явление истинной дизартации. Характерно, что первичные речевые расстройства уменьшаются в процессе психолого-педагогической коррекции и логопедического вмешательства.

В ряде случаев возникает необходимость дифференциации РДА и глухоты. Аутичный ребенок первых двух лет жизни иногда подозревается в глухоте, так как может не откликаться на зов, не оборачиваться на источник звука.

Но в ситуации аффективно значимой, он часто реагирует даже на тихий голос, может заплакать, когда на него кричат, становится тревожным при включении пылесоса, электробритвы. Аутичный ребенок не смотрит на губы собеседника, не ищет зрительного контакта, чтобы понять речь взрослого, как это делает ребенок глухой.

Нередко встает вопрос и дифференциальной диагностике РДА и детского церебрального паралича (ДЦП), потому что в клинической картине РДА значительное место принадлежит двигательным расстройствам, а в психопатологической структуре ДЦП – различным аутистическим (чаще псевдоаутистическим) явлениям либо вторичной аутизации.

Двигательные расстройства при обеих аномалиях развития будут проявляться в нарушениях тонуса, недоразвитии синхронных движений рук и ног при ходьбе.

Дизартрические расстройства характерны для ДЦП в связи с дефектностью самого артикуляционного аппарата. При РДА они будут имитироваться невнятностью речи из-за некоммуникативности аутичного ребенка. В отличии от ребенка с ДЦП аутичный ребенок в аффективно значимых для него ситуациях может говорить внятно и чисто.

У детей с РДА и ДЦП наблюдается склонность к невротическим и неврозоподобным явлениям: страхи, боязнь нового. Однако если при ДЦП характер этих расстройств более замкнут на физическую беспомощность ребенка (страхи высоты, глубины), то при РДА эти расстройства внешне значительно менее адекватны (боязнь перемены обстановки).

Особые сложности представляет дифференциация начальных проявлений РДА с синдромом Pemma, связанным с прогрессирующим дегенеративным заболеванием ЦНС неясного, предположительно генетического происхождения.

В клинической картине заболевания доминирует стереотипные движения рук: «моющие», потирающие, поглаживающие. Отмечается слабость мышечного тонуса. Теряются приобретенные навыки, способность к игре, коммуникациям. Распадается речь, возникают эхолалии.[12, с.83]

Приведенная симптоматика требует отграничения от начальных проявлений РДА.

Например, при синдроме Pemma, отсутствуют характерные для РДА аутистические особенности до возроста 6-18 месяцев.

Также отсутствуют при синдроме Pemma стереотипные манипуляции с предметами, типичные для РДА.

При РДА не бывает нарушения дыхания, замедление роста головы и конечностей, типичные для синдрома Pemma.

По диагностической системе критериев, люди, имеющие критерии синдрома Аспергера, могут иногда квалифицироваться как имеющие диагноз аутистичесского расстройства и наоборот. Синдром Аспергера и аутизм (при высоком интеллектуальном уровне) пересекаются друг с другом. Были определены две модели для объяснения связи между аутизмом и синдром Аспергера, основанные на IQ и уровне развития сопереживания (эмпатии). Рассматривается возможность постановки диагноза аутистического спектра только в тех случаях, когда уровень «эмпатии» опускается намного ниже значимого уровня. В тех случаях, когда уровень эмпатии более высокий, вместо аутизма может быть поставлен диагноз синдрома Аспергера.

Следуя другой модели, низкий IQ (низкий уровень вербальных навыков) ведет к постановке диагноза аутизма, а более высокий уровень IQ – к постановке диагноза синдрома Аспергера у людей с одинаковыми уровнями социальных нарушений.

Расстройства, включающие некоторый спектр аутистической симптомологии, но не имеющие полного набора критериев аутизма или синдрома Аспергера, в настоящее время являются основной проблемой в области диагностики. Не существует какого-либо значимого вывода относительно определения их переходного типа или присвоения им названий.

Дети, которые проявляют три или большее количество симптомов, но не имеющие полного набора критериев аутизма, синдрома Аспергера, детского дезинтегративного расстройства или другого, похожего на аутизм, заболевания, могут диагностироваться как имеющие «аутистические особенности». .[4, с.44]

Кроме медицинской диагностики проводится педагогическая диагностика и педагогическое обследование аутичных детей. Ниже приводятся критерии аутизма Всемирной организации здравоохранения, включенные в МКБ-10 (Международную классификацию болезней).

● Качественные нарушения в социальном взаимодействии, представленные, по меньшей мере, двумя из нижеследующих критериев:

- неспособность адекватно использовать взгляд глаза в глаза, выражение лица, позы и жесты тела для регулирования социального взаимодействия;

- неспособность развития отношений со сверстниками с использованием взаимного обмена интересами, эмоциями;

- редко ищут или используют поддержку других людей для успокоения или сочувствия в периоды стресса;

- отсутствие спонтанного поиска обмена радостью интересами или достижениями с другими людьми;

- отсутствие социально-эмоциональной взаимности, которое проявляется в нарушенной реакции на эмоции других людей, или отсутствие модуляции поведения в соответствии с социальным контекстом;

● Качественные нарушения в коммуникации, представленные, по крайней мере, одним из следующих симптомов:

- отставание или полное отсутствие развития разговорного языка, которое не сопровождается попытками компенсации через использование жеста или мимики как альтернативной модели коммуникации;

- отсутствие разнообразной спонтанной воображаемой социальной игры-имитации;

- относительная неспособность инициировать или поддерживать разговор;

- стереотипное или повторяющееся использование слов, фраз.

● Ограниченные, повторяющиеся или стереотипные типы поведения, интересов или деятельности, представленные, по меньшей мере одним из следующих проявлений:

- активная деятельность по ограниченным и стереотипным видам интересов;

- явно выраженное обязательное поддерживание специфического нефункционального распорядка и ритуалов;

- стереотипные и повторяющиеся механические движения, действия с частями объектов или нефункциональными элементами игрового материала.

Для постановки диагноза должны присутствовать признаки нарушения развития в течении трех лет жизни.

Трудности обследования аутичного ребенка связаны не только с трудностями установления эмоционального контакта, с частой невозможностью произвольно сосредоточить ребенка на задании. Ловкий в своих движениях, он проявляет неуклюжесть в выполнении заданий, чисто произнеся длинную «глубокомысленную» фразу, он тут же затрудняется ответить на простейший вопрос. Часто кажется, что такой ребенок просто не хочет контактировать с учителем. Все это затрудняет педагогическую оценку его уровня знаний и умений. Возможны как недооценка, так и переоценка возможностей ребенка. В обоих случаях это вредно для ребенка.

О.С.Никольская считает, что можно получить более адекватное представление о ребенке, если организовать ситуацию обследования более гибко, чем обычно. Учитывая его трудности в установлении контакта, страх новой ситуации, можно родителям присутствовать при обследовании как привычную ситуацию, возможно, как поход «в гости». Надо не торопиться с прямым обращением к ребенку, дать ему время освоиться, проявить инициативу в контакте.

Большой упор должен делаться на опосредованную организацию ребенка с помощью среды, когда сама структура пространства, инструмент, игрушка провоцируют его на выполнение задания.

Прежде всего ребенок дается возможность проявить себя в ситуации, хорошо организованной зрительным полем, - в невербальных задачах дополнения, соотнесения, сортировки, конструирования, в них такой ребенок может иметь успех. Подключившись к этой деятельности, педагог может оценить способность ребенка подражать, использовать подсказку, принимать другие виды помощи, устанавливать вербальное взаимодействие, произвольно выполнять указания учителя.

Используя стереотипный интерес для объединения внимания с ребенком, педагог может подойти к изучению возможности усложнения взаимодействия. в этих случаях важна как оценка самого интеллектуального уровня стереотипного интереса ребенка, так и оценка заинтересованности в предмете, восприятия новой информации – возможности организации диалога.

Результаты, полученные в ситуации произвольной организации, отражают существующие в настоящее время возможности обучения, социальной организации ребенка. Достижения ребенка. Достижения ребенка в его спонтанной деятельности, в русле его стереотипных интересов дают информацию о возможных направлениях коррекционной работы.

1.4 Особенности речевых расстройств у детей с РДА

В.М.Башина и Н.В.Симашкова считает, что в настоящее время ранний детский аутизм рассматривают в круге дизонтогенеза, одним из кардинальных проявлений которого являются нарушения развития речи. L.Kanner (1943) к одному из проявлений синдрома аутизма отнес искаженное развитие речи с только ему присущим использованием глагольных форм и местоимений по отношению к собственной личности. Он выделил так называемую запоздалую эхолалию, проявляющуюся в буквальном повторении вопросов с сохранением не только слов, но и интонаций. L.Bender (1952) описала своеобразное «деревянное», «чревовещательное» качество речи, механические модуляции голоса, особенности его высоты и тональности. .[5, с.185]

По мнению T.Shapiroua и G/Ginsberga (1971), наиболее характерным для речи детей с аутизмом является одновременное сочетание «жаргона», «неполной» и «зрелой речи». В.М.Башина (1974) объяснила это явление тем, что для страдающих аутизмом свойственны неравномерность созревания речевой и других сфер деятельности, нарушение иерархических взаимоотношений между простыми и сложными структурами в пределах каждой функциональной системы.

Отдельные специалисты подчеркивали, что такие речевые нарушения, как искажение грамматических форм в фразах, отсутствие логической связи между отдельными фразами, фрагментарность, разорванность ассоциаций, характерных для РДА, свидетельствует о выраженных нарушениях мышления. Речевой дефект заключается в нарушении понимания устной речи, осознания смысла прочитанного, что ведет к резкому отставанию речевого развития, а следовательно, и к социальной отгороженности.

У большинства детей хорошо развита крупная моторика, однако обнаруживаются затруднения координации, дети выглядят неуклюжими, у них отсутствуют судорожные движения, моторная умелость, мелкая моторика отстает от возрастного уровня. Изменение речи у детей с РДА весьма разнообразна, включают в себя нарушения различного генеза и разного патогенетического уровня:

● нарушения речи как следствие задержанного развития (косноязычие, физиологическая эхолалия, бедность запаса слов и др.);

● речевые нарушения в связи с задержанным становлением сознания Я в виде неправильного употребления местоимений и глагольных форм;

● речевые нарушения кататонической природы (эхолалии, внутренняя речь затухающая, мутизм, скандирование, растянутое или ускоренное звукопроизношение , нарушения тональности, темпа, тембра речи и др.);

● психического регресса (появление речи довербального фонематического уровня);

● расстройства речи, связанные с патологией ассоциативного процесса(нарушения смысловой стороны речи в виде незавершенных, непоследовательных ассоциаций и др.);

К.Гилберг и Т.Питерс считает, что при аутизме нарушены речь и язык, но не в той форме или не в следствие тех причин, какие имеются при афазии или дисфазии. В основании афазии или дисфазии лежит нарушение способности говорить. При аутизме в основании дефекта в большей степени лежит нарушение понимания коммуникации. основная проблема – ограниченная способность человека понимать значение коммуникации, а именно: обмена информацией (знаниями, чувствами) между двумя людьми. Эта способность обычно является ограниченной при дисфазии.

У небольшого количества людей с аутизмом (около 1-го из 5, исходя из клинического опыта), речь сама по себе нарушена, и при этом аутизму сопутствует дисфазия. Это комбинация проблем предположительно может быть обнаружена у людей с аутизмом, которые, как кажется, хотят говорить, но не могут этого сделать. Это те дети, которые никогда не говорили, кроме тех, у которых был период некоторого (хотя минимального) развития речи. Большинство людей с аутизмом, в действительности, обладают способностью говорить, но не могут выяснить цель речи. [4, с.52]

По мнению К.С.Лебединской и О.С.Никольской, уже начальные «доречевые», проявления речи нередко указывали на неблагополучие ее коммуникативной функции.

Гуление появляется вовремя, но нередко звуки лишены интонирования. фаза лепета слабо выражена либо отсутствует вообще – от гуления ребенок сразу переходил к произнесению слов. Иногда первые слова были необычными для данного речевого этапа и малоупотребляемыми: «трактор», «буква», «луна», «музыка» и т.д.

Нередко, фразовая речь не развивалась вообще, однако, в аффекте такой ребенок мог неожиданно произнести короткую фразу.

У некоторых детей отчетливо выступают нарушения звукопроизношения: невнятность, скомканность, «свернутость» слова, произнесение лишь определенных его слогов.

Таковы особенности развития речи и речевых расстройств аутичных детей. При всем их разнообразии можно выделить четыре основные особенности:

● некоммуникативность речи;

● ее искаженность: сочетание недоразвития различных компонентов, служащих взаимодействию с окружающим и акселерация аффективной речи, направленной на аутостимуляцию;

● часто наличие своеобразной вербальной одаренности;

● мутизм или распад речи. [12, с.45]

Речевые расстройства, будучи в значительной мере следствием нарушений общения, усугубляют затруднения в контакте с окружающим. поэтому работа по развитию речи должна начинаться как можно в более раннем возрасте.

ГЛАВА 2. КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ

2.1 Содержание коррекционно-развивающей работы при раннем детском аутизме

Система помощи лицам с аутизмом начала впервые формироваться в США и Западной Европе в середине 60-х гг. Нужно, однако отметить, что первая в Европе школа для аутичных детей - Sotienskole – начала функционировать в Дании в 1920 году, когда ни в психиатрии, ни в специальной педагогике понятие «детский аутизм» еще не было сформулировано.

Считается, что синдром детского аутизма в России изучается со времени выхода в 1947 году статьи С.С.Мнухина «О невро- и психопатических изменениях личности на почве тяжелого алиментарного истощения у детей».

Из российских подходов к коррекции аутизма известна предложенная и О.С.Никольской методика комплексного медико-психолого-педагогического воздействия, основанная на представлении об аутизме прежде всего как об аффективном расстройстве. Лишь со второй половины 60-х гг. о детском аутизме заговорили как об особом отклонении психического развития, из чего следовала необходимость не только и не сколько медикоментозного лечения, сколько коррекционно-развивающей помощи.

В Республике Беларусь специальное образование направлено на решение задач социализации и интеграции детей с особенностями психофизического развития в общество. Решение этой задачи требует разработки новых подходов, позволяющих изменять в зависимости от конкретного случая, стратегию и тактику коррекционной работы.

Необходимость раннего коррекционного вмешательства при признаках аутического развития очевидна.

Главным звеном коррекционного подхода является попытка объединить влияние сенсорного поля и взаимодействие с близким в единую линию. Поскольку линия механической аутостимуляции ребенка сильнее, взрослому человеку необходимо подключиться к ней, становиться ее неотъемлимой частью и постепенно уже изнутри наполнять ее новым содержанием эмоционального общения.

Логика аффективного развития аутичного ребенка отражает направленность на создание надежных способов аутостимуляции, повышающей его психический тонус и заглушающий постоянно возникающий дискомфорт, состояние тревоги и различные страхи. ребенок вновь и вновь стремится их повторить, тем самым ограничивая возможность формирования механизмов реальной адаптации в развитии отношений с окружающим миром, и прежде всего с близкими.

Помимо искажения психического развития наблюдается выраженная эмоциональная незрелость детей. Поэтому необходимо помнить о том, что он легко пресыщается даже приятными впечатлениями; что он часто действительно не может подождать обещанного; что ему нельзя предлагать ситуацию выбора, в которой он самостоятельно беспомощен; что ему нужно время для того, чтобы пережить полученное впечатление или информацию – поэтому характерны отсрочные реакции, стремление стереотипизировать взаимодействие с окружающим. [19, с.33]

Английские ученые Лорна Винг и Джудит Голд (2000) считают важным в работе с детьми при аутизме реализацию принципа создания видимости времени. Качественные изменения при аутизме обусловливают и нарушения в ощущении времени. Слова, выражающие временные представления, не воспринимаются. возникает задача сделать время зримым. переход от одного вида деятельности к другому может вызвать взрыв ярости из-за неподготовленности и непонимания, что происходит. этих целях поэтапно вводят символы. составляется расписание, выраженное символами, в результате ребенок знает, чем будет заниматься, каков его распорядок работы, чем завершится его деятельность. Люди с аутизмом имеют потребность в планировании в течении всей жизни.

Важным в педагогической работе является принцип визуализации. Аутизм сказывается на качестве общения. У этих детей часто наблюдается эхолалия – постоянное повторение слов. Оно не является бессмысленным. Это искаженное средство коммуникации. Для включения детей в общение могут быть использованы коммуникативные карточки, на которых есть рисунки, позволяющие выражать желания, мысли. Первоначально общение происходит при минимальной вербальной коммуникации, которая для аутичных детей слишком абстрактна и трудна в использовании.

В обучении учитывают, что дети с аутизмом отчаянно стремятся к коммуникации, но как сделать это, они не знают. Учитель исходит из того, что суть коммуникации не в словах.

Итак, коммуникация ведется не только на вербальном уровне, но и с использованием коммуникативных карточек с рисунками, символами. [7, с.188]

Проблема реабилитации в общей проблеме раннего детского аутизма остается краеугольной. Учитывая, что при отсутствии коррекционной работы более чем в 70% случаев РДА наблюдается глубокая инвалидность, это положение не требует особых доказательств. Этот факт становится еще более убедительным, если сказать, что нуждаемость в больничной помощи детей аутистов сокращается с 34-76% до 8% при правильной организации реабилитации (данные национального общества содействия детям-аутистам США, за 1982 г.) [5, с.97]

Для целей реабилитации детей с РДА необходимы нестандартные учреждения, в которых бы можно было сочетать лечебную, педагогическую, логопедическую и другую коррекционную помощь. Реабилитационные подходы базируются на том, что в клинике РДА основное место принадлежит аутистическим нарушениям повеления речи, моторики, задержкам психического развития. Отмеченный круг расстройств способствует вторичному углублению психического недоразвития. [5, с.98]

Коррекционно-реабилитационная работа должна проводиться комплексно, группой специалистов различного профиля, включая детских психиатров, невропатологов, логопедов, психологов, педагогов-воспитателей, музыкального работника, а также родителей.

● Лечебная помощь строится на базе индивидуального клинического состояния ребенка и представлена разными лечебными профилями: психофармакотерапией, психотерапией. Фармакотерапия направлена на купирование психопатологических проявлений болезни, на активизацию ребенка, на ослабление психического напряжения.

● Коррекционная работа должна осуществляться поэтапно, исходя из степени выраженности аутистического дизонтогенеза ребенка с РДА.

Используются адаптированные для работы с аутистами обычные программы по обучению и организации игр для обычных и специализированных детских яслей и садов.

Оценка состояния ребенка-аутиста, уровня его развития, запаса знаний, поведенческих навыков проводится комплексно всеми специалистами и служит основой разработки индивидуального плана коррекционных мероприятий.

На первых этапах отрабатывается важнейшая реакция оживления и слежения, формируется зрительно-моторный комплекс. В последующем, развивают тактильное, зрительно-тактильное, кинестетическое, мышечное восприятие. затем проводится работа по воспитанию навыков самообслуживания.

На следующем этапе задача усложняется переходом от манипулятивной игры к сюжетной. Наиважнейшей стороной работы остается побуждение к деятельности, многократное повторение игр, формирование игровых штампов, с постоянным использованием зрительно-моторного комплекса. словесные комментарии необходимо давать в краткой форме.

Собственно педагогические программы должны быть направлены на обучение детей понятиям числа, счету, определению временных категорий, ориентировке в пространстве. Этап от этапа решается задача усложнения деятельности, увеличивается предлагаемый объем навыков и знаний. Любые задания должны предлагаться в наглядной форме, объяснения должны быть простыми, повторяющимися по несколько раз. речевые задания должны предъявляться голосом разной громкости, с обращением внимания на тональность.

И на последующих этапах работы по-прежнему решается задача усложнения деятельности, с постепенным переходом от индивидуальных к направленным игровым заданиям, еще позднее к сложным играм, упражнениям в группах по 3-5 и более детей.

● Логопедическая работа начинается с определения особенностей речевого развития свойственной детям-аутистам. соответствующая коррекция направлена на развитие слухового внимания, фонематического, речевого слуха. Осуществляется постановка звуков, вводится дыхательные, голосовые упражнения. Важной является задача расширения словарного запаса, развитие способности к составлению предложений по картинкам, работа над связным текстом.

Речь, как наиболее молодая функция центральной нервной системы, страдает в болезни в первую очередь и восстанавливается постепенно, поэтапно, в обратном порядке.

● Психологическая коррекция также начинается с диагностики проявлений психического дизонтогенеза ребенка в условиях его общей и игровой деятельности. Основной задачей является вовлечение аутистов в разные виды индивидуальной и совместной деятельности, формирование произвольной, волевой регуляции поведения. Освоение системы игровых штампов аутистами способствует формированию у них памяти, внимания, восприятия.

● Психотерапевтическая работа с самим аутистом и семьей направлена на коррекцию поведения ребенка, на коррекцию и укрепление семьи, привлечение семьи, привлечение родителей к воспитательной работе с ребенком, обучение приемам работы с ним.

Как указывалось ранее, реабилитационная работа должна проводиться комплексно, специалистами различного профиля. В нижепредставленной (таблица 1) даны основные этапы и направления коррекционно-развивающей работы с аутичными детьми.

Таблица 1

Комплексная программа коррекционно-развивающей помощи ребенку с РДА

Направления помощи

Этапы

МЕДИКОМЕТОЗНАЯ

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ

ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ

ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ

РАБОТА С СЕМЬЕЙ

I Диагностический Медицинская диагностика, характеристика состояния ребенка, определение прогноза диагностика проявлений психического дизонтогенеза ребенка проведение падагогической диагностики, педагогического обследования ребенка определение обобенностей речевого развития ребенка установление взаимопонимания и тесного контакта с родителями

II Адаптационный психотерапия родителей. привлечение к процессу медикаментозного лечения установление контакта со взрослым: смягчение общего фона сенсорного и эмоционального дискомфорта, тревоги, страхов адаптация к новым условиям; формирование навыков самообслуживания взаимодействие ребенка и взрослого; тренировка мускулатуры артикуляционного аппарата, массаж со стимуляцией активных речевых точек ознакомление родителей с рядом психических особенностей ребенка

III Активирующий купирование болезненных симптомов и стимулирование психической активности ребенка стимуляция психической активности направленной на взаимодействие со взрослыми и сверстниками пропедевтика обучения (коррекция специфического недоразвития восприятия, моторики, внимания, речи) активация речи с помощью жестов, песен, стихов, в ходе тонизирующей игры, просмотр фильмов составление индивидуального плана, программы обучения аутичного ребенка в домашних условиях

IV Формирующий медикаментозное лечение гибко корригируется, то тонизируя активность ребенка, то купируя формирование у ребенка целенаправленного поведения обучение чтению, письму; формирование навыков изобразительной деятельности, навыков игры со сверстниками работа по формированию диалогической речи, обучение спонтанно воспроизводить слова, штампы обучение родителей методикам воспитания аутичного ребенка: организация его режима, привитие навыков самооблуживания

болезненные прявления (тревогу и страхи)

VI Коррегирующий поддерживающая психофарманологическая и общеукрепляющая терапия; массаж преодоление отрицательных форм поведения: агрессии, негативизма, расторможенности влечений реализация коррекционно-развивающих задач; коммуникация и социализация ребенка в обществе, расширение представлений об окружающем мире обучение спонтанной речи; постепенное расширение словарного запаса слов; все действия комментируются речью; коррекция речевых нарушений обучение холдинг-терапии; подготовка к школе

2.2 Коммуникативная направленность работы по развитию речи ребенка с аутизмом

У детей с аутистическими проявлениями наблюдается нарушение социального взаимодействия и способности к общению.

Процесс социализации детей с аутизмом, затрудняет специфическое развитие речи, которое характеризуется малым запасом слов, уходом от речевого общения, нечеткостью произнесения слов и другими особенностями.

Первой стадией языкового развития является взаимодействие взрослого и ребенка. Данная стадия реализуется главным образом на бессознательном уровне с помощью жестов, улыбок, мимики и мягких интонаций голоса. Эти первые улыбки и попытки подражания формируют основу для языковых особенностей и желание учиться языку. свое первоначальное общение с детьми взрослые обычно адаптируют с помощью силы голоса, отчетливого и медленного произнесения слов, использования в разговоре конкретных понятий, употребления коротких предложений, повторения предложения, оречевления действий ребенка.

Для развития речи также важно нормальное развитие сосательных, глотательных и кусательных рефлексов. в дальнейшем они являются очень существенными для развития правильного произношения. Требуется работа по тренировке мускулатуры рта, языка и губ ребенка. Взрослый предлагает игры, в которых ребенок может имитировать или выполнять такие действия, как сосать, лизать, дуть, делать гримаски, гимнастику для языка.

На развитие речи оказывает влияние сохранное слуховое восприятие, хороший слух ребенка и хорошее зрительное восприятие. Так как ребенок обучается языку с помощью подражания и различения, детей важно учить слушать, видеть и реагировать на различные стимулы. следует помнить и о стимулирующей окружающей среде, поскольку только при наличии стимулирующей предметно-пространственной и социальной среды возможно позитивное развитие ребенка.

Являясь в значительной мере следствием нарушения общения, речевые расстройства у детей с проявлениями аутизма в свою очередь еще более усугубляют затруднения в контакте с окружающими. В работе по развитию речи используют наглядные материалы (картинки, открытки, иллюстрации). Далее в совместных экскурсиях, рисовании закрепляется достигнутый уровень контакта и продвижения в речи.

Для каждого ребенка с аутизмом составляется индивидуальная программа стимулирования речевого развития с учетом его возможностей, а также его коммуникативного интереса. Каждое задание соответствует коммуникативным потребностям ребенка. Первые слова выражают желание ребенка, полезны и соответствуют уровню его развития. Методические приемы подбираются с учетом интересов ребенка, чтобы принести ему максимальное удовольствие. Так, одни дети с удовольствием поют, другие охотнее двигаются, третьи с интересом рассматривают картинки. Коммуникативная речь начинается лишь тогда, когда повторяемое слово понимается. [16, с.133]

Далее рассмотрим принцип проведения коррекционной работы по развитию речи у детей с РДА (по Башиной, Симашковой).

Коррекционные мероприятия проводятся на уровне всех реабилитационных блоков (психиатрами, психотерапевтами, логопедом, педагогами-дефектолагами, психологом, музыкальным терапевтом и др.).

С каждым ребенком занимаемся ежедневно индивидуально, а затем в небольших группах детей с относительно близким психическим и речевым развитием. При этом ведущее место отводим развитию речи и моторики, как основным средствам коммуникации.

Начальный этап работы заключается в адаптации ребенка к новым условиям, привыкание к месту, под прикрытием фармакотерапии. Большое место отводим массажу кистей рук, кончиков пальцев рук и ног, предплечий, массажу лицевой мускулатуры, подъязычной, шейной области, стоп, со стимуляцией активных речевых точек. На фоне массажа движения пальцев становятся более четкими, дифференцированными, приближается к норме мышечный тонус кисти.

Далее обрабатывается наиважнейшая для аутистов реакция оживления и слежения, умение следить взглядом за движением собственной руки, за предметами, предполагаемыми врагом и захваченными рукой ребенка

Отрабатываем указательный жест. в процессе манипуляции с предметами, стремимся развить не только тактичное, но и мышечное, кинестетическое, зрительное, слуховое их восприятие.

Для отработки тактильных и эмоциональных контактов, развития осязания проводим ряд приемов типа поверхностных массажных пассов. Ребенка поглаживаем, прижимаем к себе, прикасаемся к его голове, телу, и, наоборот, учим ребенка осязать касаясь его руками головы, плеч, рук взрослого. все эти действия комментируем речью. После подобной подготовки у большинства детей восстанавливается ориентировка в себе и окружающем.

На следующем этапе проводим работу по воспитанию гиозиса и праксиса, необходимых в познании предметов, их форм, объема, окраски. Предметы обводим указательным пальцем ребенка, даем им словесную квалификацию. Постепенно ребенок с помощью указанных приемов, начинает опознавать и называть предметы (кубик, шар и т.п.). закреплению образов предметов и памяти ребенка, для развития речи, способствуют занятия по рисованию, лепке.

Восстановление и развитие речи проводим последовательно. вначале в манипуляции с игрушкой формируем тактильное восприятие, затем зрительное понимание предмета, после чего предмет определяем словесно и формируем соотнесение словесного определения с конкретным предметом. На следующем этапе добиваемся того, чтобы ребенок услышанное слово научился правильно произносить (воспроизводить). Для этого делим слово на слоги, многократно повторяем начальные, последние и ударные слоги, после чего сливаем их в необходимое слово. Обучаем умению спонтанно воспроизводить словесные штампы. У всех детей выявляется тенденция к повтору слов. словарный запас расширяем постепенно.

Для максимального увеличения понимания сокращаем и упрощаем форму языка – его грамматику. этого добиваемся путем уменьшения длины фраз. Второстепенные слова опускаем.

Обучаем фразам с помощью изображенных на картинках событий. Слова сочетаем с определенной ситуацией. Затем составляем целый рассказ по картинкам. Далее проводим занятия состоящие из бесед на определенные темы,. пересказа. Большое внимание уделяем логоритмике.

Очень осуществимым разделом работы является развитие слухового внимания, фонематического и речевого слуха. С этой целью проводим голосовые, мимические упражнения, осуществляем постановку и автоматизацию звуков.

Детей пытаемся обучить навыкам разговора (социальному использованию речи), предлагая тематику интересную и важную для ребенка.

Последовательно переходим от индивидуального обучения к занятиям небольшими группами.

Основной принцип обучения заключается в постоянном проигрывании речевого общения по изучаемой теме на групповых занятиях с логопедом закреплении полученных знаний в игре с педагогом, психотерапевтом, дома с родителями.

По мере проведения занятий по развитию речи, речь детей становится все более понятной и коммуникативной.

Изучение полученных результатов (положительная динамика наблюдалась в 2/3 наблюдаемых случаев) показало, что особая речевая терапия является одной из важнейших в коррекции аутистического поведения, эмоционального и психического недоразвития у больных с РДА. [5, с.190]

Такую коррекционную программу, по мнению В.М.Башиной и Н.В.Симашковой, эффективно и целесообразно использовать в работе с аутичными детьми.

К.С.Лебединская, О.С.Никольская, Е.Р.Боенская и др., считают, что работа по развитию речи должна проводиться с учетом варианта речевого развития детей с РДА и в более раннем возрасте.

Первый вариант представляет наибольшие трудности в коррекционной работе. У детей наиболее выражена отрешенность от внешнего мира, дети мутичны. [5, с.193]

Существуют специальные приемы активации речи таких мутичных детей. Взрослый должен четко повторять слова, которые смазано произносит ребенок. необходимо использовать любую возможность соотнести произносимые слова с конкретным предметом. Несмотря на затруднения в преодолении мутизма, необходимо помнить, что такой ребенок понимает гораздо больше, чем может выразить. Поэтому важно объяснять ребенку смысл происходящего вокруг. Даже мутичные дети достигают успехов в формировании внутренней речи, которая является опорой для развития чтения и письма. В некоторых случаях письменная речь становится единственной формой контактов с окружающим миром.

Для второго варианта речевого развития при РДА характерна грубая задержка формирования речи: активный словарь ограничивается стереотипными словами и фразами. Побуждений к речи не возникает, речевая активность низкая.

Контакты с таким ребенком сначала возникают на доречевом уровне. Но уже в первых совместных эмоционально тонизирующих играх активируются речевые проявления детей.

Речевая активность легко стимулируется знакомыми стихами, песнями и сказками.

В работе необходимо использовать те объекты, к которым ребенок в настоящее время более всего привязан. В беседу непроизвольно вводятся новые слова и фразы.

При этом варианте речевых расстройств обучение чтению следует начинать еще до выхода ребенка на уровень спонтанной речевой активности. Это будет способствовать более быстрому формированию речи.

Речевое воспитание включает формирование диалогической речи и исправление нарушение звукопроизношения.

Специфика работы по развитии речи при третьем варианте этого нарушения иная. такие дети, казалось бы, не имеют речевых проблем: у них часто большой словарный запас , взрослая фраза, способность произносить длинные монологи. В монологах они стереотипно проигрывают свои фантазии, страхи, влечения. Когда же приходится поддержать диалог, они замолкают или отвечают односложно. В этом и состоят трудности речевого развития.

Работа по формированию диалога начинается с внимательного выслушивания взрослым монолога ребенка. Ребенок рад собеседнику и его монолог становится направленным на другого, то есть приобретает коммуникативную функцию. В дальнейшем разрабатываются игровые ситуации, связанные с жизнью ребенка – это способствует развитию диалогической речи.

При четвертом варианте речевого развития при РДА взаимодействие со взрослым развивается легче и быстрее, но требуется осторожность в стимуляции речевой деятельности. Лучше всего активизировать речь ребенка в процесс игры, повышающей психический тонус.

С исправлением нарушений звукопроизношения торопиться не следует, потому что накопление речевого опыта приводит к самопроизвольному устранению этих нарушений.

Есть ряд общих рекомендаций по речевому развитию аутичного ребенка, независимо от варианта их речевых расстройств.

Необходимо много разговаривать с ребенком, объясняя ему происходящее вокруг, говорить новые слова. Вовлекать ребенка в обсуждение в обсуждение (а позже и составление), планов на предстоящий день.

Успех развития речи, и коррекционной работы в целом, во многом зависит от действий родителей аутичного ребенка. В их желании помочь своему ребенку социализироваться. Родителям необходимо использовать общение, как канал влияния на неконтактность и преодоление ее. Это как раз то эффективное средство, которое всегда в руках у семьи. Накопленный в мире опыт показывает, что использование этого средства приносит немалые результаты.

2.3 Организация интегрированного обучения и воспитания детей с РДА

В соответствии с Законом Республики Беларусь «Об образовании лиц с особенностями психофизического развития (специальном образовании)»(2004) и Положением об интегрированном воспитании и обучении детей с особенностями психофизического развития дошкольного возраста (2002) интегрированное обучение детей с проявлениями аутизма организуется с согласия и желания родителей с обязательным учетом рекомендаций специалистов: врачей, психологов, специальных педагогов. Интегрированное обучение и воспитание таких детей может осуществляться в группах интегрированного обучения и воспитания , в группах для детей дошкольного возраста центров коррекционно-развивающего обучения и реабилитации, в других учреждениях, а также в процесс обучения на дому.

Для детей с тяжелыми вариантами аутистических нарушений наиболее оптимален вариант, при котором коррекционно-абилитационная работа проводится на дому с первых дней жизни ребенка. В последующем рекомендуется одновременное регулярное посещение центров коррекционно-развивающего обучения и реабилитации. Для детей с более легкими формами аутистических проявлений (дети 3-й и 4-й групп) возможно обучение в имеющихся группах дошкольного учреждения (специальных или общего типа) с небольшим количеством детей. Там с детьми данной категории проводятся индивидуальные занятия дефектологом, а врачом осуществляется необходимая медикаментозная терапия. Наиболее оптимально обучение, которое охватывает период продолжительностью в 3-4 года.

Коррекционная работа с детьми с аутизмом строится на основе учебного плана, в структуре которого выделяются базовый, коррекционный и личностно-ориентированный компоненты. Базовый компонент включает материал из основных разделов типовой государственной программы.

Работа коррекционного назначения осуществляется специальным педагогом и воспитателем при условии, если ребенок принят в дошкольное образовательное учреждение. Коррекционно-образовательная работа направлена на социализацию детей , на преодоление имеющихся у них нарушений и предупреждение вторичных изменений в физическом и психическом развитии. Приоритетным для детей с проявлениями аутизма являются следующие направления:

● коррекция эмоциональной сферы

● формирование поведения

● социально-бытовая адаптация

Коррекционный компонент реализуется педагогом-дефектологом в форме групповых и индивидуальных занятий. Виды коррекционно-образовательной работы и ее содержание определяются типовой государственной программой и индивидуальной коррекционно-развивающей программой. Воспитатель осуществляет коррекционно-развивающую работу с учетом индивидуальных образовательных потребностей ребенка в процессе режимных моментов, на занятиях со всей группой и по подгруппам.

Личностно ориентированный компонент реализуется в процессе проведения дополнительных занятий (в кружках) и предполагает формирование у детей социально-значимого опыта.

Индивидуальные планы и программы составляются совместно с педагогом-дефектологом и воспитателем после наблюдения за ребенком в течении первого месяца, и с учетом учебных программ дошкольного учреждения, данных медико-психолого-педагогической комиссии.

Коррекционная работа с ребенком дошкольного возраста проводится ежедневно по индивидуальному плану. Длительность занятия зависит от возраста и состояния ребенка. На занятиях используется принцип дозирования контакта, эмоциональных и интеллектуальных нагрузок.

Педагоги учреждения образования проводят обязательную консультационную работу с родителями ребенка.

В группе интегрированного обучения работа дефектолога и воспитателя строится на постоянном межличностном взаимодействии.

Интеграция и коррекционная работа позволяют более успешно решать задачи социальной адаптации детей с аутистическими проявлениями. Различают два этапа коррекционно-развивающей работы. Первый этап направлен на развитие взаимодействия с ребенком и включает работу по установлению эмоционального контакта и развитию эмоциональной сферы, развитию предметно-манипулятивной деятельности и развитию речи. Второй этап отражает работу по формированию разнообразных видов самообслуживающего труда, а также по формированию умений и навыков приема пищи, культурно-гигиенических умений и навыков, умений и навыков самообслуживания и навыков самоорганизации.

В структуре проводимой работы по социальной адаптации важной составляющей является развитие эмоциональной сферы ребенка. Главное направление развития эмоциональной сферы у дошкольника – это появление способности управлять эмоциями. вначале нужно купировать, ограничить влияние эмоционально-травмирующих ситуаций, затем ребенок побуждается к адекватным эмоциональным реакциям в конкретных ситуациях, ему предлагаются готовые варианты подобных реакций для использования их в своей детской жизни.

Коррекция эмоциональной сферы ребенка предполагает работу по следующим направлениям:

● обучение умению фиксировать свое внимание на эмоциональном состоянии других людей;

● обучение правильному распознаванию эмоционального состояния другого человека по внешним признакам того или иного чувства;

● обучение поведенческой этике на эмоциональной основе.

Для успешности социальной адаптации детей с аутизмом требуется проведение работы и по развитию предметно-манипулятивной деятельности. При этом обеспечивается тесная взаимосвязь таких функциональных сфер, как восприятие, имитация (подражание), общая и тонкая моторика, координация глаз и рук.

У детей из-за неверной переработки сенсорной информации наблюдаются нарушения в сфере восприятия. Эти проблемы могут касаться как одного из анализаторов, так и их совокупности: слуха, зрения, осязания или обоняния. Поэтому необходимо проводить работу по развитию восприятия и формированию сенсомоторной деятельности, адекватному использованию сенсорных анализаторов.

Нуждается в развитии у детей с аутизмом и способность к подражанию, которая является предпосылкой для всех естественных учебных и воспитательных процессов. Без имитации ребенок не может изучить ни язык, ни другой образец поведения. Поэтому формирование имитационных способностей является существенным элементом развития ребенка.

Неотъемлемой частью работы по развитию предметно-манипулятивной деятельности ребенка являются обучение владению телом, развитию общей моторики.

Развитие двигательной активности детей включает работу над (тонкой) мелкой моторикой. Хорошее владение движениями рук и пальцев является существенной предпосылкой для приобретения многих навыков обихода.

Для изучения системы знаков, воспроизводимых рукой, важным является осознание управления движениями рук и пальцев, что предполагает дополнительную работу по координации глаз и рук.

Затрудняет процесс социализации детей с аутизмом специфическое развитие речи, которое характеризуется уходом от общения, малым словарным запасом слов, эхолалиями и другими особенностями.

Первой стадией языкового развития является взаимодействие взрослого и ребенка. важным также является нормальное развитие сосательных, глотательных рефлексов. Требуется работа по тренировке мускулатуры артикуляционного аппарата ребенка. Речевое развитие включает и формирование диалогической речи.

Следует помнить и о стимулирующей окружающей среде, поскольку только при наличии стимулирующей предметно-указательной и социальной среды возможно позитивное развитие ребенка.

Добиться успехов в социальной адаптации поможет формирование у детей разнообразных форм самообслуживания труда.

Существенную помощь в деле социализации ребенка с аутизмом, уменьшение его тревожности и упорядочивании поведения окажет формирование навыков самоорганизации. Этому способствует наличие четкого расписания или распорядка дня, когда события заранее предсказуемы.

Использование карточек (символов, жестов) как средства общения также имеет большое значение для социализации ребенка с аутизмом.

2.4 Обучение аутичных детей в условиях Центров коррекционно-развивающего обучения и реабилитации

Существует целый ряд учреждений, куда могут быть помещены дети с аутизмом:

● дошкольные центры по уходу за детьми в дневное время

● центры коррекционно-развивающего обучения и реабилитации (ЦКРОиР)

● медицинские дневные центры

● психиатрические дневные стационары

● специальные дошкольные учреждения

Для оказания помощи детям дошкольного возраста в дневное время, когда родители работают, можно отправить их в любое из перечисленных учреждений. Положительное влияние на состояние развития ребенка будет оказывать его общение со сверстниками. Выбор дошкольного учреждения зависит от интеллектуального уровня развития ребенка, от особенностей его поведения и от возможностей учреждения данного региона обеспечить ему необходимое содержание и помощь. Ни одно из перечисленных учреждений не является специально организованным для детей с аутизмом, тем не менее в ряде из них имеются специалисты по коррекции аутизма. Аутичные дети должны помещаться в маленькие по численности группы с постоянной поддержкой и контролем специалиста. В этих группах не должно быть шумных, беспокойных детей, а сам ребенок должен работать в жестком структурированном режиме. В некоторых дошкольных учреждениях сформированы отдельные группы для аутичных детей. [5, с.225]

Для обучения, дети с менее выраженными интеллектуальными отклонениями направляются в школы для детей с нарушениями в обучении (вспомогательные школы). Для обучения детей с глубокой степенью умственной отсталости (интеллектуальной недостаточности) наиболее подходящим учреждением является ЦКРОиР.

Рассмотрим, как осуществляется реабилитационная помощь и обучение аутичных детей, в условиях Центра корреционно-развивающего обучения и реабилитации (ЦКРОиР) г.Гродно.

В классе аутичных детей, 4-го года обучения, занимается 6 учащихся: две девочки и четыре мальчика. Возраст детей от 9 до 13 лет. У двоих детей диагноз – детский аутизм, еще два ребенка с аутистическими проявлениями.

Работа учителя-дефектолога построена на основе использования немецкой программы TEACCH, (приложение 5), которая предлагает два направления коррекционно-развивающего воздействия:

● максимальная интеграция детей в общество

● создание специальных условий, где ребенок достигнет высокой степени самостоятельности.

Концепция TEACCH предлагает структурировать обучение, воспитание и развитие аутичных детей.

Структурирование включает в себя три области:

● структурирование пространства

● структурирование времени

● структурирование видов деятельности

Первым и основным приемом коррекционного воспитания ребенка с детским аутизмом является создание для него адекватно организованной сферы. как же правильно организовать ту среду, в которой включение во взаимодействие аутичного ребенка будет максимальным?

Педагог профессионально и творчески подошла к решению этой задачи. В результате создания социальной обучающей среды для аутичных детей, в классе, у каждого ребенка есть свое рабочее место, индивидуальные полки (фотографии 1,2(приложение 6)), где располагается материал на каждый урок. Место ребенка обозначено картинкой-символом из той области, к которой он проявляет интерес (сыр, машина, карандаш). Индивидуальные доски (фотография 3) проструктурированы пиктограммами, где указано содержание предстоящей работы на определенный урок. Символы позволяют планировать время – дети работают по плану, выраженному значками. Ученик, выполнив определенную работу, сам убирает или перекладывает в коробочку рисунок-символ. В результате он знает, чем будет заниматься, каков его распорядок работы, чем завершиться деятельность. Доска «Домашнее задание» (фотография 4) также проструктурирована пиктограммами, содержание которых, указывает ребенку, (а также воспитателю) на то, чем он должен заниматься во второй половине дня.

Учитель-дефектолог ввела в учебный процесс глобальное чтение по темам:«Игрушки», «Посуда», «Одежда», «Мебель», «Овощи», «Домашние животные», «Дикие животные», «Фрукты» (фотография 5). Глобальное чтение используется и на уроках «Практической математики» (фотография 6,7). Благодаря такой технике чтения, у детей развивается зрительная память, они воспринимают слово целиком, соотнося с картинкой.

Существенную помощь в деле социализации ребенка с аутизмом, уменьшении его тревожности и упорядочивании поведения оказывает формирование у ребенка навыков самоорганизации. Этому способствует наличие четкого расписания дня, когда последовательность происходящих за день событий известна заранее и предсказуема. Общий распорядок дня оформлен в виде режима дня (фотография 8) с картинками, на которых ребенок кушает, занимается, гуляет, одевается, готовится ко сну и т.д.

Каждое учебное занятие или другой вид деятельности (рисование, игра) заканчиваются ритуалом, где каждый ребенок ставит себе «оценку» на доске «Наши успехи» (фотография 9).

Особое внимание уделяется проведению игровых занятий, в процессе которых у детей проявляются разнообразные положительные эмоции. Для игр в классе обозначена игровая зона (фотографии 10,11), где дети во время игры чувствуют себя естественно и свободно. Они становятся активными, подвижными, эмоциональными. В поведении появляются черты заинтересованности. Однако главное изменение заключается в том, что дети начинают контактировать с партнером по игре.

У аутичных детей наблюдаются немотивированные колебания настроения, расстройства поведения с капризностью, плаксивостью, эмоциональной пресыщаемостью. В такие моменты дети могут отдохнуть и восстановиться в специально отведенном месте – зоне отдыха. (фотография 12)

Так как у аутистов наблюдается стремление к территориальному уединению, для них оборудован в классе уголок уединения (фотография 13). Таким образом проструктурировано пространство в классе, где обучаются аутичные дети. Также соблюдено структурирование пространства по всему коррекционному центру (музыкальный зал, спортивный зал, столовая, кухня) (фотография 14).

Структурирование среды проведено во всех областях (пространства; времени; видов деятельности), созданы оптимальные условия для проведения успешной коррекции, обучения и воспитания аутичных детей. Результаты коррекционной работы, проводимой с аутичными детьми предоставлены в (приложение 7).

В течении нескольких лет, в конце учебного года проводится итоговая диагностика, по результатам которой составляется психолого-педагогический профиль, на каждого ребенка индивидуально. (приложение 7).

В процессе диагностики выявляется насколько сформированы у детей внимание, мышление, речь, память, навыки самообслуживания, учебные и трудовые навыки, психомоторное развитие, коммуникативность, социально-бытовое ориентирование, а также сенсорно-перцептивная и эмоционально-волевая сферы.

Анализируя психолого-педагогические профили детей, отмечается достаточно высокий уровень навыков самообслуживания и трудовых навыков, что важно для детей данной категории. Впечатляют результаты социально-бытового ориентирования и психомоторного развития. У Жени О. и Кати С. наиболее высокий уровень коммуникативности. Практически у всех детей прослеживается ровная динамика роста внимания, памяти и мышления.

Можно сделать вывод, что адекватно организованная среда и правильно подобранные условия для аутичного ребенка, являются залогом эффективной коррекционно-развивающей работы, основой для дальнейшей социализации аутичного ребенка в обществе.

2.5 Организация индивидуальной коррекционной помощи ребенку с «Ранним детским аутизмом»

Коррекционная педагогическая помощь аутичным детям сопряжена с определенными трудностями в силу того, что аутизм характеризуется патологией нервной системы и затрудняет формирование эмоционального общения и социальную адаптацию ребенка. Сосредоточенность на своих переживаниях, уход от внешнего мира преобладают в поведении ребенка и занимают доминирующее место в его развитии. При аутизме часто события настоящего смешиваются с событиями прошедшего, реальное – с фантастическим. Аутизм проявляется также в уменьшении речевого контакта, иногда ребенок совсем перестает пользоваться своей речью (мутизм) и не реагирует на речь окружающих (сурдомутизм).

О.С.Никольская классифицировала аутичных детей на четыре группы. Наличие вариантов с разными клинико-педагогической картиной, социальной адаптацией, прогнозом требует и различного коррекционного подхода, как лечебного, так и психолого-педагогического. Коррекционная работа с детьми с проявлениями раннего детского аутизма строится на основе тщательного и всестороннего изучения особенностей их развития. Учитывается клинический диагноз, данные психолого-педагогического изучения (уровень познавательных процессов и личностные характеристики). Наиболее эффективна коррекционная работа, имеющая индивидуальную направленность.

Индивидуализация помощи отражается в целях, которые охватывают следующие направления работы: формирование поведения; коррекцию эмоциональной сферы; формирование игровых действий, умений; социально-бытовую адаптацию.

В предлагаемом программно-методическом содержании индивидуального обучения аутичных детей (составленном на основании программы индивидуального обучения И.В.Ковалец) даны методические рекомендации по реализации указанных выше целей в коррекционно-воспитательной работе с аутичными детьми разного уровня развития (1-4-я группы по классификации О.С.Никольской).

Задания сгруппированы с учетом их основной направленности, хотя при их выполнении корригируются и другие стороны личности. При работе требуется творческое применение всего материала, возможно его видоизменение в зависимости от индивидуальных особенностей развития ребенка.

В процессе занятий с детьми с ранним детским аутизмом следует придерживаться некоторых общих рекомендаций:

● необходимо хвалить ребенка за участие и внимание независимо от результатов, создавая тем самым предпосылки к дальнейшей положительной коммуникации;

● по возможности разъяснять задание не с помощью словесной инструкции, а жестами; избегать резких движений, повышенного тона в разговоре, беспорядка на рабочем месте;

● учитывать в занятиях доминирующие для ребенка интересы, использовать для контактов его стереотипные пристрастия;

● помнить о том, что неадекватная реакция ребенка может означать переутомление либо недопонимание задания. В таком случае достаточно сократить или упростить задание для упорядочения поведения.

Коррекционная помощь детям с ранним детским аутизмом требует терпеливости, вдумчивости, изобретательности, систематичности, нешаблонного решения педагогических проблем.

Далее рассмотрим подробнее каждое из направлений программно-методического содержания индивидуального обучения аутичных детей и ознакомимся с их программным содержанием, методическими рекомендациями и с частными путями их решения.(табл. 2) Одним из признаков аутизма являются трудности в формировании целенаправленного поведения.

Таблица 2

Программно-методическое содержание индивидуального сопровождения аутичных детей

Формирование поведения Программное содержание Методические рекомендации Пути их реализации

- поведение, приносящее вред самому себе (кусание)

- агрессивное поведение (оплевывание)

- прекращение деятельности (крик0

- взятие в рот несъедобных предметов

- эхолалическое задавание вопросов

- дефицит поведения (нежелание физического контакта)

- преодоление нежелательных реакций ребенка, предупреждение вспышек агрессии

- предупреждение нарастания негативизма

- преодоление коммуникативного барьера

- формирование целенаправленного поведения

- организация положительного взаимодействия ребенка и взрослого

- развитие коммуникативного поведения

- использование недирективной гибкой тактики управления

- исключение настойчивых просьб, уговоров

- предупреждение психической истощаемости

- предварение негативных действий ребенка

- пассивное выполнение задания

- ослабление фиксации внимания ребенка на моменте общения, как средство преодоления коммуникативного барьера

- использование противоречивых, взаимоисключающих инструкций для ослабления фиксации внимания ребенка на общении

- организация приемов, в котором ребенок становится в положении регулятора поведения взрослого

- снятие возбуждения

- смена видов деятельности

- необходимо учитывать интересы и влечения детей

- предлагать ребенку отдохнуть

- использование игрушек, как отвлекающий маневр

- взрослый отвлекает ученика от игры в мяч чтением стихов в слух

- применение игры «Пинай!Не пинай» (приложение 8)

- рекомендуется применять игру «Лошадка» (приложение 8)

- для снятия возбуждения используется игра типа «Узнай предмет», «Эхо» (приложение 8)

Подводя итог таблицы 2, следует, что коррекционная работа с детьми I-II-й групп РДА по формированию поведения направлена на преодоление и предупреждение нежелательных поведенческих реакций ребенка.

Формирование поведения детей III-IV-й групп РДА происходит через организацию коммуникативного взаимодействия ребенка и взрослого.

Переходя к следующему направлению работы – коррекции эмоциональной сферы (табл. 3), необходимо отметить, что эмоциональное состояние ребенка с аутизмом непредсказуемо. Оно может выражаться в полярности его чувств: от любви и тесной симбиотической связи до внезапных проявлений агрессии или самоагрессии.

Таблица 3

Эмоциональное воспитание

Программное содержание

Методические рекомендации

Пути их реализации

1

2

3

4

- гнев, протекающий в форме аффекта

- отвращение (протекающее совместно с гневом)

- страх, проявляющийся при реальной или воображаемой ребенком опасности

- установление положительного эмоционального контакта с ребенком

- преодоление негативных реакций на окружающую среду

- коррекция аффективных проявлений, использование их и стереотипных действий ребенка для коммуникативного взаимодействия в игре

- обучение ребенка «языку чувств» (т.е. формирование эмоций)

- развитие творческих способностей

- проведение индивидуальной

- применение игр, помогающих установить положительный эмоциональный контакт с детьми I-II групп РДА

- преобразование механических стереотипных действий в эмоциональную игру.

- создание спокойной обстановки

- игровые упражнения, рекомендованные для детей III-IV-й групп РДА

- развитие инициативы ребенка

- обучение приемам выделения изображенной зафиксированной эмоции

- игры: «Спрятался-появился», «Ку-ку», «Лови меня», «Догони меня», «Спою песенку про…», «Глазки», «Ушки слушают», «Вверх вниз», «Поскачем на лошадке», «Наш дом», «Построим дом» (описание игр в приложении 7)

- используются картинки с эмоциональным фоном

- игры: «Покажи мне», «Дорисую, чтобы получилось веселое лицо», «Разговор с игрушкой», «Почувствуй чувство»(приложение 8

- прослушивание записей эмоций, умение изобразить, как рычит тигр и т.д.

работы с родителями

- применение метода холдинг-терапии (удерживание) для установления эмоционального взаимодействия в семье аутичного ребенка

- обучение приемам направленным на распознавание интонаций

- обучение речевой и поведенческой этике

- обучение приемам и способам анализа собственных эмоций

- обучение пантомимике; распознавание. воспроизведение, изображение и отгадывание различных походок, движений

- сопереживание персонажам из сказок, игр

- рассматривание собственной мимики перед зеркалом

- игры: «Угадай, кто так делает», «Танец», «Пантомима» - как активизация воображения (приложение 8)

Чтобы обеспечить формирование эмоциональной сферы у аутичного ребенка, взрослый подключается к занятиям ребенка, не предлагая ничего нового, преобразовывает постепенно стереотипные действия в эмоциональную игру. А создание спокойной, не травмирующей ребенка обстановки, помогает избежать отрицательных эмоциональных состояний.

Далее рассмотрим следующее направление коррекционной работы – формирование игровых действий, умений (табл. 4). Это важное направление, так как вся коррекционно-воспитательная работа с детьми с проявлениями аутизма строится на основе игры.

Таблица 4

Формирование игровых действий

Программное содержание

Методические рекомендации

Пути их реализации

-игра одиночная

-игра рядом

-игра с кратковременным или долговременным взаимодействием

-выясняется наличие игровых действий

-обращается внимание на использование игрушки в соответствии с назначением

-умение выполнять цепочку действий

-определяется насколько тяжело сосредоточиться

-обращается внимание на избирательные интересы ребенка

-спонтанный интерес ребенка к окружающему миру

-преобладают манипуляции с неигровыми предметами

-стереотипные действия

-игра некоммуникативная

-установление эмоционального контакта

-преодоление негативизма

-обучение коммуникативному взаимодействию

-включение стереотипий в игровой процесс

-обучение выполнению целенаправленных игровых действий с объектами

-расширение уровня игровых возможностей

-обучение выполнению цепочки игровых действий

-развитие координации глаз, рук

-расширение знаний об окружающем мире

-эмоциональное вовлечение ребенка с помощью игры в освоение бытовых навыков

-для ребенка I-II групп РДА подбираются задания, не требующие особых усилий, но дающие быстрый эмоционально яркий эффект

-используются задания, в которых для достижения результата, ребенку достаточно совершить самое простое действие, а основная работа проводится взрослым

-в случае затруднения, упражнение незаметно упрощается

-новые способы действия вводятся постепенно, незаметно для ребенка, чтобы у него сохранилось ощущение самостоятельного выполнения работы

-игры для установления эмоционального контакта с ребенком: игры с пуговицами (перекладывание), игры с водой (разбрызгивание)

-игры с использованием протестных действий ребенка: ребенок разбрасывает игрушки - взрослый обыгрывает ситуацию – «Салют», «Дождь».

-игры с вовлечением в бытовую жизнь: покормим попугайчика и др.

-игры для совершенствования взаимодействия:«Ку-ку»,«Ладушки»

-игры для развития координации: «Сложи башню»

-игры с игрушками на выполнение цепочки действий: «Угости куклу чаем»

игры по ознакомлению с окружающим миром: экскурсии, рисование

Правильно организованная игра помогает снять напряжение у ребенка, положительно тонизирует его, расширяет эмоциональные связи с окружающим.

Последнее направление коррекционной работы, которое звучит как, социально-бытовая адаптация, предоставлено в таблице 5.

Таблица 5

Формирование игровых действий

Программное содержание

Методические рекомендации

Пути их реализации

-почти у каждого ребенка полная беспомощность в самообслуживании и низкое владение культурно-гигиеническими навыками

-перенос сформированного навыка в другую ситуацию крайне затруднен

-овладение социально-бытовыми навыками бывает связано с конкретной ситуацией

-формирование навыков самообслуживания

-воспитание культурно-гигиенических навыков

-формирование элементарных бытовых навыков

-развитие стойкого интереса к выполняемой деятельности

-воспитание уверенности в своих силах

-сформировать определенный ритуал, для закрепления навыков опрятности

-прививаем умение пользоваться ложкой, вилкой

-обучение навыкам одевания

-организация жизни ребенка по четкому распорядку дня

-в процессе обучения у ребенка вырабатывается стереотип поведения

- использовать игры типа «Кукла Таня умывается», эмоционально обыграть удачу

-игры: «Кукла Маша завтракает»

-игра: «Оденем куклу на прогулку»

-расписание (режим дня) в виде фотографий, где он ест, занимается и т.д.

-сначала почти все делает взрослый, постепенно подключая ребенка

Сочетание четкой пространственной организации, расписаний и игровых моментов может заметно облегчить обучение ребенка с ранним детским аутизмом навыкам бытового поведения.

В коррекционной работе можно использовать много полезных, интересных и развивающих занятий и игр. В данном программно-методическом содержании индивидуального обучения аутичных детей предоставлены только некоторые их образцы.

Индивидуальная карта развития ребенка с ранним детским аутизмом приведена в таблице 6.

Таблица 6

Индивидуальная карта развития ребенка с РДА

МЫШЛЕНИЕ И ОБУЧЕНИЕ

Характерные признаки

Рекомендации

Тяжело дается различение важного и неважного

Тяжело связывать идеи в единое целое

Трудности при обучении с помощью имитации

Сложности при организации и с распорядком дня (начало, конец)

Сложность с принятием решения

Другие мотивации

Выделение важной информации

Подобрать индивидуальный стиль обучения

Необходимо приучать к новым ситуациям, людям, материалам

Создание возможности предвидения

Обучать стратегиям, которые помогут найти решение

Базироваться на сильных сторонах и интересах

ВОСПРИЯТИЕ И ОБРАБОТКА ИНФОРМАЦИИ

Характерные признаки

Рекомендации

Колебания и трудности при обработке восприятия органами чувств

Высокая отвлекаемость

Гипер- и гипочувствительность по отношению к раздражителям

Учитывать индивидуальный распорядок дня

Снижать степень отвлекаемости выделяя важные аспекты окружающей среды и окружения

Выявлять индивидуальную чувствительность

КОММУНИКАТИВНОСТЬ

Характерные признаки

Рекомендации

Проблемы с сообщением собственных потребностей и отказом от нежелательного

Проблемы с обработкой вербальной информации

Необходимо научить пониманию того, насколько важна коммуникация

Использовать язык осознанно и сокращенно: выдавать вербальную информацию в ситуационных связях

КОММУНИКАТИВНОСТЬ

Характерные признаки

Рекомендации

Понимание часто базируется на ситуационной связи

Эхолалии

Собственный язык

Частые вопросы

Ограниченный выбор тем

Учитывать индивидуальный распорядок дня

Избегать образной речи

ПСИХО-МОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ

Характерные признаки

Рекомендации

Быстро наступает возбуждение при изменениях в окружении

Упорство на однообразии

Ритуальное поведение

Навязчивое поведение

Ограничение области интересов

Нехватка собственной инициативы

Создание возможности предвидения

Постепенно вводить изменения

Создание рациональной рутины

Расширение интересов посредством интеграции нового

Предоставление вспомогательных средств

Предлагать различные виды занятий

СОЦИАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Характерные признаки

Рекомендации

Необычность относительно зрительного контакта

Обучение посредством имитации затруднено

Сложность с распределением внимания

Ограниченное чувство социальной взаимности

Наблюдение и оценка социальных способностей в различных ситуациях

Индивидуальный подбор социальных требований

Заключение

Ранний детский аутизм – одно из сложнейших нарушений психического развития, при котором наблюдаются прежде всего расстройства процессов коммуникации, неадекватное поведение, трудности формирования эмоциональных контактов с внешним миром, окружающими людьми, и как результат, нарушение социальной адаптации

Несмотря на то, что причины детского аутизма еще не достаточно изучены, необходимо отметить, что в случае ранней диагностике ребенка, может быть поставлен или исключен диагноз раннего детского аутизма. С прогрессом медицины возможно проведение дифференциальной диагностики, что немаловажно в проблеме раннего детского аутизма. После проведения педагогической диагностики аутичных детей можно приступать к построению индивидуальной тактики комплексной коррекционной работы с детьми с РДА. При этом следует учитывать клинико-психологическую классификацию РДА

Для педагогического персонала и родителей важно понимание природы аутизма. Ребенок-аутист нуждается в постоянном, квалифицированном медико-психолого-педагогическом сопровождении

Без своевременной и адекватной коррекционно-развивающей помощи значительная часть детей с синдромом РДА становится необучаемой и неприспособленной к жизни в обществе.

И наоборот, при ранней коррекционной работе большинство аутичных детей можно подготовить к обучению, а нередко и развить их потенциальную одаренность в различных областях знаний.

Отдельное внимание заслуживает работа по развитию речи. Она должна начинаться как можно в более раннем возрасте. Успех работы по развитию речи во многом зависит от действий родителей аутичного ребенка, в их взаимодействии со специалистами.

Наиболее эффективна коррекционная работа, имеющая индивидуальную направленность. Сочетание четкой пространственной организации, расписаний и игровых моментов может заметно облегчить обучение ребенка с РДА навыкам бытового поведения.

Приобретение самостоятельных специальных умений способствует формированию у него положительных черт поведения, уменьшению аутичных проявлений и других недостатков развития.

В коррекционной работе рекомендуется использовать много полезных, интересных и развивающих занятий, игр, упражнений, а также применение леб-системы, жестов.

Необходимо обратить внимание на интегрированное обучение и воспитание детей с РДА. Интеграция и коррекционная работа позволяет более успешно решать задачи социальной адаптации детей с аутистическими проявлениями.Не каждого дошкольника с проявлениями аутизма можно вывести на уровень нормального развития. Но в любом случае коррекционно-абилитационная работа поможет:● организовать его поведение;

● развить способности к коммуникативному взаимодействию;

● обучить навыкам самообслуживания;

● сгладить негативные проявления аутизма;

● усилить психическую активность ребенка;

● научить проводить свободное время;

● подготовить к обучению.

Все это поможет ребенку социализироваться и адаптироваться в обществе. В итоге, достигается улучшение качества жизни аутичных детей.

|  |
| --- |
| http://adalin.mospsy.ru/img/nool.gif |
| **Как помочь аутичному ребенку**  - [Аутизм: медицинское и педагогическое воздействие](http://adalin.mospsy.ru/r_02_00/r_02_04d.shtml)  **Что такое аутизм?**  аутизм, аутичный ребенок"Аутичность (от греческого - "сам") - обозначает крайние формы нарушения контактов, уход от реальности в мир собственных переживаний". Такое определение аутизма дано в психологическом словаре. Этот термин, впервые введенный швейцарским психиатром и психологом Э. Блейлером, обозначает целый комплекс психических и поведенческих расстройств.  Обычно выделяют три основные области, в которых аутизм проявляется особенно ярко: речь и коммуникация; социальное взаимодействие; воображение, эмоциональная сфера.  В качестве основных симптомов аутизма называют трудности в общении и социализации, неспособность установления эмоциональных связей, нарушение речевого развития, однако следует отметить, что для аутизма характерно аномальное развитие всех областей психики: интеллектуальной и эмоциональной сфер, восприятия, моторики, внимания, памяти, речи.  Несмотря на общность нарушений в психической сфере, аутизм проявляется в разных формах. В книге О. С. Никольской, Е. Р. Баенской, М. М. Либлинг "Аутичный ребенок: пути помощи" (М., 1997) приведены примеры различных подходов к классификации аутичных детей. Так, английский исследователь доктор Л. Винг разделила таких детей по их возможностям вступления в социальный контакт на "одиноких" (не вовлекающихся в общение), "пассивных" и "активных-но-нелепых". По ее мнению, прогноз социальной адаптации наиболее благоприятен для группы "пассивных" детей. Авторы книги предлагают в качестве основания классификации вырабатываемые аутичными детьми способы взаимодействия с миром и защиты от него и выделяют четыре основных формы проявления аутизма.  **1.** **Полная отрешенность от происходящего.** Дети с этой формой аутизма демонстрируют в раннем возрасте наибольший дискомфорт и нарушение активности, которые затем преодолевают, выстроив радикальную компенсаторную защиту: они полностью отказываются от активных контактов с внешним миром. Такие дети не откликаются на просьбы и ничего не просят сами, у них не формируется целенаправленное поведение. Они не используют речь, мимику и жесты. Это наиболее глубокая форма аутизма, проявляющаяся в полной отрешенности от происходящего вокруг.  **2.** **Активное отвержение.** Дети этой группы более активны и менее ранимы в контактах со средой, однако для них характерно неприятие большей части мира. Для таких детей важно строгое соблюдение сложившегося жесткого жизненного стереотипа, определенных ритуалов. Их должна окружать привычная обстановка, поэтому наиболее остро их проблемы проявляются с возрастом, когда становится необходимым выйти за границы домашней жизни, общаться с новыми людьми. У них наблюдается множество двигательных стереотипов. Они могут пользоваться речью, однако их речевое развитие специфично: они усваивают, прежде всего, речевые штампы, жестко связывая их с конкретной ситуацией. Для них характерен рубленый телеграфный стиль.  **3.** **Захваченность аутистическими интересами.** Дети этой группы отличаются конфликтностью, неумением учитывать интересы другого, поглощенностью одними и теми же занятиями и интересами. Это очень "речевые" дети, они обладают большим словарным запасом, однако они говорят сложными, "книжными" фразами, их речь производит неестественно взрослое впечатление. Несмотря на интеллектуальную одаренность, у них нарушено мышление, они не чувствуют подтекста ситуации, им трудно воспринять одновременно несколько смысловых линий в происходящем.  **4. Чрезвычайная трудность организации общения и взаимодействия.** Центральная проблема детей этой группы - недостаточность возможностей в организации взаимодействия с другими людьми. Для этих детей характерны трудности в усвоении двигательных навыков, их речь бедна и грамматична, они могут теряться в простейших социальных ситуациях. Это наиболее легкий вариант аутизма.  По статистике, глубокий аутизм встречается только у одного ребенка из тысячи. В повседневной практике, в детском саду или в школе, мы, как правило, сталкиваемся с детьми, имеющими лишь отдельные аутистические признаки. Среди мальчиков аутизм встречается в 4-5 раз чаще, чем среди девочек.  Причины возникновения аутизма в настоящее время до конца не исследованы. Большинство авторов относят к ним нарушения внутриутробного развития и истощающие болезни раннего детства. У аутичных детей чаще обычного наблюдаются мозговые дисфункции, проявляются нарушения биохимического обмена. Аутизм нередко сочетается с другими психическими расстройствами.  **Портрет аутичного ребенка.**  Симптомы аутизма можно обнаружить уже в первые месяцы жизни ребенка. У аутичных детей нарушается "комплекс оживления", характерный для нормального развивающихся младенцев. Такой ребенок слабо реагирует на свет, на звук погремушки. Гораздо позднее своих сверстников он начинает узнавать мать. Но, даже узнав ее, он не тянется к ней, не улыбается, не реагирует на ее уход. Для него характерен отсутствующий, неподвижный взгляд "мимо", "сквозь" человека, он не откликается на свое имя.  Внимание аутичного ребенка может неожиданно и надолго привлечь какой-либо яркий предмет, однако также неожиданно ребенок может панически испугаться любого предмета: портрета на стене, собственных пальчиков. У такого младенца часто наблюдаются двигательные стереотипы: он может часами раскачиваться в коляске или в кроватке, однообразно размахивать руками, длительное время издавать одни и те же звуки.  И в более старшем возрасте аутичные дети кажутся отрешенными, безразличными к окружающему. Зачастую они избегают прямого (глаза в глаза) взгляда, и даже если смотрят на человека в упор, то просто разглядывают отдельные части лица или детали одежды. Такие дети обычно стремятся уйти от контактов с окружающими людьми. Существует мнение, что у них отсутствует желание общаться, в отличие от тревожных детей, которые хотят и ждут контактов, но по какой-либо причине боятся вступить в общение.  От коллективной игры аутичные дети отказываются, предпочитая индивидуальную игру в уединении. Причем они могут одержимо годами играть в одну и ту же игру, рисовать одни и те же рисунки. Например, 5-летний мальчик на просьбы взрослых нарисовать дерево, человечка, машинку долго и сосредоточенно работал карандашом, и всякий раз, закончив рисунок, говорил: "Лестница!" У некоторых детей игра отсутствует вовсе, и развитие задерживается на стадии элементарного манипулирования каким-либо предметом.  Аутичным детям свойственны стереотипные механические движения и действия. Например, ребенок может вместо умывания многократно поворачивать ручку крана то в одну, то в другую сторону или бесконечно включать и выключать свет. Иногда он подолгу совершает бесцельные однотипные движения телом: раскачивается, размахивает рукой, палкой или ударяет по мячу. В нашей практике ученик 2-го класса Андрюша М. в течение всего урока просто открывал и закрывал тетрадь, не слушая объяснений учителя и не выполняя заданий.  Дети с нарушениями в общении любят придерживаться определенных ритуалов, и малейшие изменения в их жизни или в режиме могут стать для них травмирующим фактором. Результатом таких изменений бывает "уход в себя" либо вспышка агрессии, выражающаяся в жестоком обращении с близкими, со сверстниками, животными, в стремлении крушить и ломать все кругом. Довольно часто наблюдаются вспышки самоагрессии, возникающей при малейшей неудаче. Причем находящиеся рядом взрослые часто не понимают причины взрыва ребенка, они, имея навык общения с обычными детьми, не всегда придают значения "пустякам", которые так важны для аутичного ребенка.  **Пример.**  *4-летний Жора, собираясь вместе с другими детьми средней группы детского сада на прогулку, вдруг пронзительно закричал. Он бился в истерике, расшвыривал вокруг себя вещи, катался по полу. После каждой попытки взрослых, оказавшихся рядом и пытавшихся помочь ему, он с новой силой принимался визжать и биться головой об пол. Когда все дети ушли на прогулку, а у Жоры уже, видимо, не осталось сил, он немного успокоился. Опытный воспитатель стал "на ощупь" искать причину срыва. Глядя ему в глаза, начал перечислять все возможные детали, которые могли расстроить Жору. Воспитатель называл одну причину за другой, но мальчик оставался безучастным. Однако через какое-то время удалось привлечь его внимание: он оживился, когда воспитатель стал поправлять ему гольфы. Затем равнодушно, не сопротивляясь, но и без радости, он согласился идти на прогулку.*  Подобная реакция аутичного ребенка может возникнуть на новую одежду, надетую мамой, на перестановку мебели, на присутствие незнакомого человека, на звук телевизора, на незнакомую мелодию, гул пылесоса. Аутизму не всегда сопутствует снижение интеллекта. Практический (не связанный с речью) интеллект может даже превышать возрастную норму. Так, например, Даня К. (6 лет), отказавшись отвечать на какие-либо вопросы психолога при обследовании по методике Векслера, задания на определение невербального интеллекта ("Складывание фигур", "Лабиринт", "Последовательные картинки") выполнил блестяще и с явным желанием. Аутичные дети часто успешно работают с головоломками, кубиками, мозаиками, и эту склонность необходимо использовать для налаживания контактов с ними.  Иногда таким детям доставляет удовольствие коллекционировать разные предметы: камушки, бумажки, палочки. Аутисты могут быть парциально одаренными и проявлять успешность в отдельных областях: обладать абсолютным музыкальным слухом, отлично играть в шахматы, рисовать, считать. В любимом многими американском фильме "Человек дождя" актер Дастин Хоффман мастерски изобразил аутиста Реймонда, который блестяще отгадывал цифровые комбинации в казино.  Для аутичных детей свойственно отставание в развитии речи (хотя изредка встречаются и противоположные случаи). Важно отметить, что этот недостаток они даже и не пытаются компенсировать жестами, мимикой, в отличие от детей с задержкой речевого развития, но без нарушения общения. Если особых отклонений в развитии речи нет, ребенок все равно не использует ее в полной мере как средство коммуникации, ему трудно поддерживать разговор с другими людьми. Часто его речь представляет серию монологов, а в диалоговой речи (если она сформирована) присутствуют эхолалии (бессмысленные, необдуманные повторения услышанных фраз).  Если аутичный ребенок и владеет фразовой речью, в ней, как правило, отсутствует местоимение "Я". Понятие "Я" чуждо этим детям. Они говорят о себе во 2-м или в 3-м лице, как делают это окружающие по отношению к ним. Кроме того, их речи характерна фотографичность, неосмысленность. Поскольку механическая память у таких детей, как правило, хорошо развита, они надолго запоминают отдельные высказывания, иногда очень умные, взрослые, не соответствующие возрасту и уровню развития. Не вдумываясь в смысл, они автоматически повторяют понравившиеся им фразы, приводя в восторг и умиление родителей, уверенных в связи с этим в исключительной одаренности своего ребенка.   Аутичные дети, как правило, ни к кому не обращаются с прямыми вопросами, уклоняются от прямых ответов на вопросы, обращенные к ним (часто они их даже не слышат). У них могут быть нарушены интонация, ритм речи, они неверно ставят ударения в словах. Научить их говорить правильно довольно трудно, так как они не осознают необходимости этого.  Не воспринимая своего "Я", не чувствуя своего тела, его границ, дети с нарушением общения испытывают и определенные трудности при формировании навыков самообслуживания. Как правило, они позже других детей научаются одеваться, раздеваться, употреблять по назначению горшок. Причем многократный показ одного и того же действия не приводит к желаемому результату: ребенок не осваивает его.  К. С. Лебединская считает, что без своевременной диагностики и медико-педагогической помощи значительная часть этих детей становится необучаемой и не приспособленной к жизни вообще. И наоборот, при раннем выявлении нарушения и своевременно проведенной коррекционной работе большинство аутичных детей можно подготовить к обучению, а нередко - и развить их потенциальные способности.   **Как выявить аутичного ребенка.**  Аутизм - это медицинский диагноз, и конечно же, ставить его имеет право только специалист. Поскольку зачастую аутичный ребенок обладает целым комплексом характерных поведенческих особенностей, то первоочередная задача - определить, какое же нарушение является ведущим в каждом конкретном случае. Ведь проводить коррекцию всех нарушений одновременно невозможно. Однако диагностика нарушений часто вызывает затруднения даже у специалистов.  Возможно, это связано с очень широким спектром проявлений аутизма, возможно - с недостаточной изученностью причин этого заболевания. И до тех пор, пока ученые не определят более точно, отчего возникает данный недуг, каждый раз при выявлении аутизма у детей, а значит, и при составлении коррекционной программы для каждого ребенка, будут возникать проблемы. У нас еще мало опыта такой работы, поскольку на практике мы обычно встречаемся лишь с детьми, обладающими отдельными чертами аутизма.  Однако перечисленные трудности не освобождают нас от выполнения сложной работы по выявлению аутичного ребенка в группе детского сада или в классе. Безусловно, диагноз должен ставить только врач. Задача же педагога - выявить такого ребенка, помочь ему адаптироваться в детском коллективе и направить к специалистам. В нашей практике были случаи, когда сравнительно "благополучные" аутичные дети попадали к врачу только перед поступлением в школу. Если бы педагоги заметили проблемы этих детей раньше и посоветовали родителям обратиться к специалистам, наверное, адаптация ребенка к школьному обучению проходила бы более гладко.  Поскольку в арсенале педагога, к сожалению, почти нет специальных разработок по выявлению аутичных детей, то лучшим помощником в такой работе будет личный опыт общения с детьми, терпение и умение наблюдать.  Основные направления работы по выявлению симптомов аутизма у ребенка помогут определить данные, приведенные в Таблице 1. Сравнительная характеристика развития нормальных и аутичных детей заимствована из книги бельгийских психологов К. Гилберта и Т. Питерса. Однако, на наш взгляд, эти данные не должны восприниматься слишком буквально. Это всего лишь схема, содержащая определенные ориентиры работы с детьми.  Таблица 1. Сравнительная характеристика развития детей в норме и при аутизме   Развитие речи   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | |  |  |  | | --- | --- | --- | | Возраст в месяцах | Нормальное развитие | Развитие при аутизме | | 2 | Произношение гласных звуков, гуление. | — | | 6 | "Диалоги" в виде издавания гласных звуков, поворачивание в сторону родителей.  Появление согласных. | Плач тяжело интерпретировать. | | 8 | Различные интонации в гулении, включая интонации вопроса.  Повторы слогов: *ба-ба-ба, ма-ма-ма.*  Появляются указывающие жесты. | Ограниченное или необычное гуление (визги или крики).  Не имитируют визги, жесты, выражения. | | 12 | Появление первых слов.  Использование лексики с интонацией, похожей на предложение.  Игра с использованием гласных звуков.  Использует жесты и вокализацию для привлечения внимания, указывания объектов и для просьб. | Могут появиться первые слова, но часто не используются со значением. Частый громкий крик, остающийся трудным для интерпретации. | | 18 | Словарный запас 3-50 слов.  Начинает составлять словосочетания из 2 слов.  Перенесение значений слов (напр., *папа*- обращение ко всем мужчинам).  Использование языка для комментариев, просьб и при совершении действий.  Старается привлечь внимание людей.  Возможны частые эхолалия и имитация. | | 24 | Сочетания от 3 до 5 слов ("телеграфная речь"). Задает простые вопросы (напр.: "Где папа?", "Идти?").  Использование слова *это*сопровождается указывающими жестами.  Называет себя по имени, но не как "я".  Может кратко повторить высказывания.  Не может поддержать тему разговора.  Речь сфокусирована на настоящее время и место. | Обычно словарный запас менее 15 слов. Слова появляются, затем исчезают. Жесты не развиваются; присутствует несколько указывающих на объект жестов. | | 36 | Словарный запас около 100 слов.  Многие грамматические морфемы (мн.ч., прош. вр., предлоги и др.) используются должным образом. Эхолалическое повторение редкое.  Возрастает использование речи для обозначения "там" и "тогда".  Задает много вопросов, главным образом для продолжения разговора, а не для получения информации. | Комбинации слов встречаются редко. Может повторять фразы, эхолалия, но использование языка не творческое. Плохие ритм, интонация.  Бедная артикуляция примерно у половины говорящих детей.  У половины или более детей речь не осмысленная (без осознавания значений).  Берет родителей за руку и ведет к объекту, подходит к месту его привычного расположения и ждет пока ему дадут предмет. | | 48 | Использует комплексные структуры предложения. Может поддерживать тему разговора и добавлять новую информацию.  Спрашивает объяснения высказываний. Приспосабливает уровень речи в зависимости от слушателя (напр., упрощает для двухлетнего слушателя). | Может творчески создать несколько комбинаций из 2-3 слов.  Эхолалия остается: может использоваться при коммуникации. Копирует ведущих ТВ-передач. Произносит просьбы. | | 60 | Использует большой комплекс речевых структур.  В основном владеет грамматическими структурами. Способен оценивать предложения как грамматические/неграммматические структуры и делать исправления.  Развивает понимание шуток и сарказмов, узнает вербальные двусмысленности.  Рост способности приспособления речи в зависимости от слушателя. | Нет понимания или выражения абстрактных концепций (времени).  Не может поддерживать разговор. Неправильно использует высказывания. Присутствует эхолалия.  Редко задает вопросы; если они появляются, то носят повторяющийся характер.  Нарушены тон и ритм речи. | |   Развитие общения и игры   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | |  |  |  | | --- | --- | --- | | Возраст в месяцах | Нормальное развитие | Развитие при аутизме | | 2 | Поворачивает голову и глаза на звук. Улыбается при общении. | - | | 6 | Протягивает руки в ожидании, когда его возьмут на руки.  Повторяет действия, имитируя взрослого. | Менее активен, требователен, чем ребенок с нормальным развитием.  Некоторые дети очень возбудимы.  Слабый зрительный контакт.  Нет ответных социальный проявлений. | | 8 | Отличает родителей от незнакомых людей. Игры типа "Дай и возьми" с обменом предметами со взрослыми.  Игры в прятки ("ку-ку") и др. сходные по сценарию.  Показывает объекты взрослым.  Машет рукой на прощание.  Плачет или ползет за мамой после того, как она уходит из комнаты. | Ребенка трудно успокоить, если он огорчен. Около 1/3 детей чрезмерно замкнуты и могут активно отвергать взаимодействие.  Около 1/3 детей любят внимание, но мало выражают интерес к другим. | | 12 | Ребенок чаще инициирует игры.  Ведущая в той же мере, как и отвечающая роль при взаимодействии.  Возрастает зрительный контакт со взрослыми во время игр с игрушками. | Контакты обычно уменьшаются, как только ребенок начинает ходить, ползать.  Не волнуется при разлуке с матерью. | | 18 | Появляется что-то похожее на игру: показывает, предлагает, берет игрушки. Игра с самим собой или параллельная являются более типичными. | | 24 | Появляются эпизоды, похожие на игру.  При активной деятельности проявляется деятельность, похожая на игровую (напр., игры типа "Догони и дотронься" в большей степени, чем общая игра с игрушками). | Обычно отличает родителей от других, но большой привязанности не выражает.  Может обнять, поцеловать, но делает это автоматически, если его кто-то попросит.  Не различает взрослых (кроме родителей). Могут иметь место сильные фобии. Предпочитают быть в одиночестве. | | 36 | Обучается взаимодействию со сверстниками. Эпизоды поддержания взаимоотношений со сверстниками.  Часто ссорится со сверстниками.  Любит помогать родителям в ведении домашнего хозяйства.  Любит смешить других.  Хочет сделать что-то хорошее родителям. | Не допускает к себе других детей.  Чрезмерно возбудим.  Не понимает значания наказания. | | 48 | Распределяет роли со сверстниками в социо-драматической игре.  Предпочитает друзей по игре. Взаимодействует со сверстниками вербально, иногда физически.  Исключает нежелательных детей из игры. | Не способен понять правила игры. | |   Развитие воображения   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | |  |  |  | | --- | --- | --- | | Возраст в месяцах | Нормальное развитие | Развитие при аутизме | | 6 | Недифференцированные действия с одним объектом. | - | | 8 | Действия дифференцированы в соответствии с характеристиками объектов.  Использование 2 объектов в комбинации (такое их использование не является социально приемлемым). | Повторяющиеся движения доминируют в деятельности во время бодрствования | | 12 | Социально приемлемые действия с объектами (функциональное использование объектов).  Использует 2 или более объектов. | | 18 | Частые символические действия (воображает разговор по телефону, процесс питья и т.д.).  Игра связана с каждодневным распорядком дня ребенка. | Активная роль в деятельности, похожей на игру. | | 24 | Часто использует правила игры применительно к куклам, игрушечным животным, взрослым (напр., кормит куклу).  Выполняет действия, похожие на неограниченную собственную деятельность (воображает, что гладит белье).  Развиваются несколько последовательных воображаемых действий (накормить куклу, укачать ее и уложить в постель).  Воображаемая игра приводится в движение с помощью игровых предметов. | Небольшая любознательность/исследование окружающей среды.  Необычное использование игрушек и расположение объектов по линии. | | 36 | Перепланировка символической игры, объявление о попытке и поиске нужных предметов.  Замена одного объекта другим (напр., кубиком заменяется машина).  Объекты воспринимаются как имеющие независимую деятельность (напр., куклы поднимают свою собственную кружку). | Часто произносит названия объектов.  Не владеет символической игрой.  Продолжительные повторяющиеся движения покачавания, кружения, походка на носках и т.п. Долгий взгляд на свет и т.д.  Многие обладают хорошими способностями в зрительных/моторных манипуляциях, таких как в головоломке "Собери картинку из частей". | | 48 | Социодраматическая игра — творческая игра с двумя или более детьми. Использование пантомимы для представления предмета, в котором нуждается (напр., воображает наливание из несуществующего чайника).  Темы реальной жизни и фантазии могут играть важное значение в течение продолжительного времени. | Функциональное использование объектов. Некоторые действия направлены на куклы и др.; в основном, ребенок выступает в качестве ведущего лица.  Символическая игра, если такая есть в наличии, ограниченная до простейшей, повторяющейся схемы.  По мере того как развиваются навыки творческой игры, продолжает проводить значительное количество времени, не занимаясь игровой деятельностью.  Многие не комбинируют игрушки в игре. | | 60 | Речь очень важна при представлении темы, распределении ролей и разыгрывании драмы. | Нет способностей к пантомиме.  Нет социодраматической игры. | |   **Как помочь аутичному ребенку.**  Прежде чем начать разговор о коррекционной работе, необходимо сделать оговорку: так как в нашей практике дети с "классическим аутизмом" встречаются редко, но достаточно часто приходится взаимодействовать с детьми, которым присущи лишь отдельные аутистические черты, то и речь в дальнейшем будет идти именно о них. Мы расскажем о некоторых приемах работы с такими детьми. Эти приемы проверены на практике и дают хорошие результаты. Конечно, каждая встреча с аутичным ребенком поистине уникальна. Но, зная общие закономерности развития детей-аутистов и имея в копилке "набор" приемов для работы с ними, всегда можно подобрать ключик к ним, даже в самых сложных и непредсказуемых случаях.  Прежде всего, как и при работе с обычными детьми, надо "идти за ребенком", гибко подходить к построению и проведению каждого занятия. Кроме того, необходимо быть последовательным, действовать поэтапно, не форсируя событий, и помнить: работа с аутичным ребенком - тонкое, даже деликатное дело, требующее ощутимых временных затрат. По мнению К. Салиба, коллеги психотерапевта В. Оклендер, чтобы добиться положительных результатов в работе с таким ребенком, взрослый должен, прежде всего, проявить гибкость. Не надо заставлять его делать запланированное вами, лучше следовать за его интересами и стремлениями.  Вот как описывает случай из практики этого психолога В. Оклендер: *"Шон (5лет) в полный рост стоял перед зеркалом, не обращая внимания на призывы поработать вместе над головоломкой. Тогда она подошла к нему сама, села возле зеркала, не говоря ни слова, и стала наблюдать за тем, как он, рассматривая себя в зеркало, ощупывал свое лицо. Она понимала, что он действительно созерцал себя. Внезапно он заметил, что в зеркале было также и ее отражение. Это удивило его и привело в восторг. В течение 20 минут К. Салиба не произнесла ни одного слова, не отдала ни одной команды. Потом она начала называть части его лица по мере того, как он показывал на них, глядя в зеркало, но промолчала, когда он дошел до рта. Он выжидательно глядел на нее в зеркало и потом выкрикнул: "Рот!"".* Использование такого метода позволяет научить детей очень многому.  Коррекционная работа с любым ребенком, а с аутичным - тем более, будет более успешной, если ее проводить комплексно, группой специалистов: психиатром, невропатологом, психологом, логопедом, музыкальным работником и родителями. Но только при одном условии: работа специалистов и родителей должна проходить по одной программе.  Зная, какие лекарства и с какой целью прописаны ребенку, педагоги и психологи вместе с родителями могут целенаправленно наблюдать за ним, сообщать врачу о положительных или отрицательных изменениях в поведении ребенка, чтобы он при необходимости корректировал курс лечения.  Педагоги и психологи совместными усилиями добиваются общей цели: помочь ребенку адаптироваться к детскому саду или школе. Вместе они вырабатывает индивидуальную программу развития ребенка. Педагог ставит конкретные образовательные задачи, а психолог, опираясь на общие закономерности развития детей-аутистов, помогает решать возникающие проблемы. В процессе наблюдения за ребенком воспитатель или учитель могут проконсультироваться с психологом по возникающим вопросам. Например: "Как помочь ребенку избавиться от страхов?", "Как реагировать педагогу на вспышки агрессии и самоагрессии?"  Главная задача педагога - вовлечь ребенка в индивидуальную и совместную деятельность. С этой целью нужно применять в работе с ним как можно больше разнообразных форм взаимодействия, обогащая его эмоциональный и интеллектуальный опыт.  Для того чтобы понять, с чего начать коррекционную работу, необходимо определить ведущее направление: развитие речи; навыков социального взаимодействия; воображения. В свою очередь, выбор направления будет зависеть от потребностей конкретного ребенка. В одном случае необходимо в первую очередь обучить его навыкам самообслуживания, в другом - снизить уровень тревожности, провести работу по снятию страхов, налаживанию первичного контакта, созданию положительного эмоционального климата и комфортной психологической атмосферы для занятий. На первых этапах работы для педагога часто более важно сформировать у ребенка желание учиться, чем добиться усвоения учебного материала.  Аутичные дети видят смысл какой-либо деятельности только тогда, когда она четко заранее запрограммирована: дети должны знать, что делать в первую очередь, какую последовательность действий совершать, как закончить. Например, во время урока физкультуры им непонятно, зачем и как долго надо бегать по кругу. Но их деятельность будет более осмысленной, если в зале на полу разложить несколько игрушек и дать ребенку конкретное задание: каждый раз, пробегая мимо игрушек, брать одну из них и бросать в корзину. Когда все предметы будут собраны, перейти с бега на шаг и, пройдя еще один круг, сесть на скамейку. Таким образом, ребенок будет видеть план своих действий и станет более спокойным. Подобной осмысленности необходимо добиваться при выполнении любого задания. Ребенок всегда должен знать, зачем он будет выполнять то или иное действие.  С этой целью в помещении, где находится аутичный ребенок, можно разместить так называемые пооперационные карты, на которых в виде символов обозначена четкая последовательность действий. Так, схему, отражающую нужную последовательность действий ребенка при сборах на прогулку, можно нарисовать на шкафчике.  Образцами подобных карт являются, к примеру, инструкции по сбору игрушек из серии "Киндер-сюрприз". Мы приводим варианты таких пособий для организации различных видов деятельности и выполнения распорядка дня (рис. 1, 2).  Рис 1. Пооперационная карта "Обед".  аутизм, аутичный ребенок   Рис 2. Пооперационная карта "Собираемся на прогулку".  аутизм, аутичный ребенок   Аутичные дети с удовольствием складывают мозаики и головоломки. Они доступны и понятны им. Работая по схеме, дети видят конечный результат, которого надо достичь.  Дети с нарушениями в общении любят заниматься коллекционированием, поэтому их можно и нужно привлекать к работе по сортировке предметов. Они могут стать неоценимыми помощниками воспитателя, в тех случаях, когда нужно, например, разложить карандаши по цвету, кубики по размеру, вырезанные шаблоны по форме. В школе можно привлекать таких детей к созданию и сортировке гербариев, коллекций камней, ракушек, фотографий. Они неплохо справляются с ведением ежедневных записей-наблюдений за животными в живом уголке (но не на первых стадиях работы).  Аутичный ребенок плохо осознает свое тело. У него может быть нарушена пространственная ориентация. Поэтому полезно разместить в групповой комнате нескольких зеркал на уровне глаз ребенка. Время от времени воспитатель или учитель может привлекать внимание ребенка к его отражению. Этот прием, который уже был описан выше, дает положительные результаты.  **Пример.**  *Андрюша М. учится во втором классе общеобразовательной школы. Ему повезло: учительница старается понять его и поддерживает малейшую инициативу по установлению контактов с окружающими. Андрюша даже иногда рассказывает стихи наизусть, правда один на один. В основном же в классный журнал проставляются оценки за письменные работы. Мальчик уже научился сидеть за партой в течение всего урока и выполнять некоторые задания учителя. Но при звуке звонка на перемену Андрей вздрагивает и начинает тонко и пронзительно плакать. Это и понятно: он совершенно не выносит, когда к нему прикасается кто-либо из сверстников, а на перемене этого не избежать. Десятиминутный перерыв превращается в кошмар и для Андрюши, и для учителя.  Но сегодня все было совсем иначе. Учительница, как только Андрей заплакал, подвела его к зеркалу. Мальчик продолжал плакать, но уже не так громко. Сначала он просто созерцал свое отражение, но потом, увидев скатывающуюся по щеке слезу, потрогал ее, посмотрел на мокрый палец, смахнул еще одну слезу, а потом придумал для себя игру: как только на лице появлялась очередная капля, он подхватывал ее и круговым движением размазывал по щеке. "Охота на слезы" продолжалась всю перемену. А к концу перерыва мальчик даже улыбался сквозь слезы.   На урок он отправился успокоенный. С тех пор Андрюша при звуке звонка на перемену не плакал, а вставал к зеркалу. Учительница, почувствовав возможности использования "волшебного стекла", во время перемен проводила этап за этапом коррекционную работу. Несколько недель спустя ребенок был готов общаться с педагогом и выполнять задания уже без посредства зеркала.*  Лучше осознать свое тело аутичному ребенку поможет упражнение, которое успешно применяется в детских садах: положив ребенка на большой лист бумаги, педагог или дети из группы обводят контур его тела, а затем вместе, называя вслух части тела и предметы одежды, закрашивают этот контур.  Для развития тактильного, зрительно-тактильного, кинестетического восприятия можно использовать такие игры, как "Волшебный мешочек", "Угадай предмет". Полезно предложить детям складывать головоломки на ощупь, с закрытыми глазами (вместо головоломок можно использовать "Рамки Монтессори").  На первых этапах работы с аутичными детьми рекомендуется предлагать им игры с жесткой последовательностью действий и четкими правилами, а не сюжетно-ролевые, где необходима диалоговая речь. Для закрепления навыков каждую игру следует проиграть не один десяток раз, тогда она может стать своего рода ритуалом, которые так любят дети данной категории. Во время игры взрослый должен постоянно проговаривать свои действия и действия ребенка, четко обозначая словами все, что происходит с ними. При этом педагога не должно обескураживать то, что ребенок не проявляет ни малейшего интереса к словам. Не надо отчаиваться: многократное повторение одной и той же игры, одних и тех же слов принесет свои плоды - ребенок сможет включиться в общую деятельность.  **Пример.**  *Даня никак не хотел принимать участие в групповой игре. Обычно он стоял возле детей, безразлично наблюдая за ними. И вот однажды, когда мы играли с ребятами в игру "Охота на тигров", Даня подошел к нам чуть ближе, чем обычно. А потом неожиданно для всех решительно встал в круг. Когда он был "пойман" водящим, мальчик молча вышел за круг и приготовился "водить", как это делали дети до него. А через несколько секунд Даня начал вслух считать до десяти! Это были первые за несколько месяцев пребывания ребенка в детском саду слова, которые он произнес при детях и при взрослом. До этого знаменательного дня мы были вынуждены общаться с ним при помощи карточек и знаков.*  Для того чтобы помочь ребенку ориентироваться на рабочем месте, желательно сделать разметку на столе или парте: нарисовать контуры тетради или листа, линейки, ручки. Тогда ему легче будет привыкнуть к своей парте и осмыслить, что от него требуется.  Если ребенок работает в прописях, можно указывать в них стрелками направление движения руки. Аутичным детям рекомендуется давать графические задания, в которых требуется узнать и дорисовать какую-то деталь предмета, а не нарисовать его полностью.  Чтобы повысить мотивацию ребенка к обучению и вызвать потребность в диалоге, взрослый может на время проведения занятий с его согласия поменяться с ним ролями. Пусть ребенок попытается объяснить "непонятливому" взрослому, как выполнять то или иное задание. В этом случае он почувствует свою значимость (я - как большой!), будет понимать цель своих действий (чтобы взрослый "понял" объяснения и сделал все правильно), осознает, что только посредством речи можно наладить контакт с партнером.  Иногда аутичному ребенку необходима физическая помощь в организации действия: взрослый в буквальном смысле "работает" руками ребенка, пишет или рисует вместе с ним, держа один карандаш.  Нельзя забывать, что телесный контакт, а также упражнения на расслабление будут способствовать снижению уровня тревожности ребенка. Поэтому некоторые релаксационные игры, которые мы рекомендуем в [статье "Тревожные дети"](http://adalin.mospsy.ru/l_02_02.shtml), будут полезны и в работе с аутичными детьми. Можно использовать с этой целью и пальчиковые игры.  Аутичным детям трудно осваивать любой новый вид деятельности, но они всегда стремятся выполнить все хорошо, поэтому на первых этапах работы надо подбирать такие задания, с которыми они обязательно справятся. Ваша помощь и ваша похвала помогут закрепить успех и повысить уверенность ребенка. Даже если реакция на ваши слова не проявляется внешне, доброжелательный тон и слова поддержки создадут положительную эмоциональную атмосферу, которая со временем поможет сделать ваше взаимодействие с ребенком более эффективным.  Аутичным детям свойственна психическая пресыщаемость, они быстро истощаются физически, поэтому для них необходим индивидуальный ритм работы, более частое переключение с одного вида деятельности на другой. Учитель начальной школы, который занимался с аутичным ребенком на дому, отмечал, что он может, не отвлекаясь, выполнять один вид деятельности не более 10 минут, хотя это, конечно, очень индивидуально. В детском саду эту проблему решить легко: ребенка не надо загружать непосильными для него заданиями. А в школе учителю следует заранее продумать и написать индивидуальные задания на карточках, которые он будет давать ребенку при малейших признаках усталости или недовольства с его стороны.  Для улучшения пространственно-временной ориентации аутичного ребенка необходима терпеливая работа педагога. Можно составить план группы, класса или всей школы с указанием расположения предметов; оформить распорядок дня, используя символы и рисунки. Однако недостаточно просто составить и повесить схемы, необходимо как можно чаще "путешествовать" с ребенком по ним, узнавая и называя предметы (на первых этапах, если ребенок не захочет повторять названия, воспитатель или учитель может делать это сам).  Как отмечалось выше, детям с аутизмом свойственны бесцельные монотонные движения, раскачивания. Отвлечь их от стереотипного ритма можно, используя эмоционально насыщенные ритмические игры и танцевальные движения.  Регулярные занятия будут способствовать уменьшению двигательных расстройств.  Если ребенок не принимает инструкций и правил, которые вы ему предлагаете, ни в коем случае не навязывайте их насильно. Лучше присмотритесь к тому, что и как хочет делать он сам, подыграйте ему, займитесь тем, что ему интересно. Это поможет наладить с ребенком контакт.  Психологи рекомендуют аутичным детям заниматься иностранными языками. Может быть, благодаря тому, что при их изучении педагоги используют большое количество схем и алгоритмов, детям бывает легче усваивать учебный материал.  **Пример.**  *Грише поставлен диагноз "аутизм" уже несколько лет назад. Кроме того, у него наблюдаются серьезные отклонения в интеллектуальном развитии. Гриша с удовольствием занимается английским языком. При этом общение на родном, русском, языке дается ему с большим трудом. Он едва может односложно ответить на вопрос, обращенный к нему, а потребность самому вступить в диалог у него отсутствует вовсе. Однако иностранному языку Гриша обучается с интересом. За несколько месяцев он освоил алгоритм составления простых фраз. Ему нравится произносить их вслух. А еще его привлекает к занятиям то, что близкие люди стали проявлять заинтересованность и искреннее восхищение его достижениями.*  Видимо, это позволило ему наконец-то почувствовать себя успешным и значимым для окружающих.  С аутичными детьми необходимо заниматься физическими упражнениями, так как подобные занятия помогают им лучше чувствовать свое тело, способствуют улучшению координации движений.  Рисование красками (кисточками, штампами и особенно пальцами) помогает детям снять излишнее мышечное напряжение. С этой целью полезна также работа с песком, глиной, пшеном, водой.  **Работа с родителями аутичного ребенка.**  Родители аутичных детей нередко обращаются за помощью к специалистам лишь после того, как отклонения в развитии и поведении ребенка становятся очевидными для всех. А до постановки окончательного диагноза иногда проходит еще не один год. Услышав страшное и незнакомое заключение, многие мамы и папы приходят в смятение. Обратившись же за разъяснениями к справочникам, они и вовсе отчаиваются, так как не находят не только ничего утешительного для себя, но и ответов на самые актуальные вопросы. В одних публикациях аутизм чуть ли не приравнивается к одаренности ребенка, в других - к шизофрении.   Кроме того, в некоторых статьях можно встретить мнение, что аутичные дети обычно появляются в семьях, где мама и папа - люди с развитым интеллектом, имеющие высокий социальный статус. И хотя подобная точка зрения уже давно отвергается специалистами, родители, случайно натолкнувшись в литературе на такую трактовку причин возникновения аутизма, долгие годы испытывают чувство вины перед ребенком и перед обществом.  А главное, услышав диагноз, многие мамы и папы ощущают себя бессильными и безоружными, так как не знают, чем можно помочь ребенку. Поэтому, работая с родителями этой категории детей, необходимо знакомить их с особенностями развития аутичных детей вообще и их ребенка в частности. Поняв, чем же конкретным отличается их ребенок от других, увидев его "сильные" и "слабые" стороны, мамы и папы могут совместно с психологом и педагогом определить уровень требований к нему, выбрать основные направления и формы работы.  Родители должны понять, как сложно жить их ребенку в этом мире, научиться терпеливо наблюдать за ним, замечая и интерпретируя вслух каждое его слово и каждый жест. Это поможет расширить внутренний мир маленького человека и подтолкнет его к необходимости выражать свои мысли, чувства и эмоции словами. Кроме того, родители должны понять, что их ребенок очень раним. Любое мимолетно сказанное взрослыми слово может стать причиной "эмоциональной бури". Именно поэтому родители должны быть очень осторожны и деликатны, общаясь с ребенком.   Внешне аутичный ребенок зачастую даже не реагирует на окружающих его людей, ведет себя так, будто он один или, в крайнем случае, находится "около" детей или взрослых, но не с ними. Такой ребенок не допускает в свой внутренний мир никого. Иногда только по случайной фразе, мгновенному движению или звуку можно догадаться о его переживаниях, желаниях и страхах. И конечно, воспитатель или учитель, даже самый добрый и чуткий, не всегда имеет возможность вести постоянное целенаправленное наблюдение за ребенком. Именно поэтому, чтобы лучше понять ребенка и оказать ему посильную помощь в адаптации к детскому коллективу, педагогу необходимо работать в тесном взаимодействии с родителями.  Установить эмоциональный контакт с ребенком и привить ему навыки социального поведения может помочь семейное чтение. Лучше всего читать, посадив ребенка на руки (тактильные ощущение будут способствовать укреплению контактов родителя с ребенком). Причем желательно медленное, поэтапное, тщательное, эмоционально насыщенное освоение художественных образов литературных героев. Лучше читать и обсуждать книгу не один раз. Это поможет ребенку научиться лучше понимать себя и других, а вновь образованные стереотипы общения снизят тревожность и повысят его уверенность в себе.  Если ребенок совсем мал, нужно как можно чаще брать его на руки, прижимать к себе, поглаживать его (даже если он сопротивляется этому на первых порах) и говорить ему ласковые слова.  Для укрепления контактов педагогов с родителями, для оказания более эффективной помощи ребенку желательно, чтобы его близкие как можно чаще посещали группу детского сада или класс, в который ходит ребенок. Так как для аутичного ребенка типичен страх изменения обстановки, отрыва от близких, желательно, чтобы в начале обучения в школе мама (или папа, бабушка, дедушка) находилась рядом с ребенком во время перемен, а в некоторых случаях и на уроке.  Родители для работы со своими детьми могут использовать индивидуальные игры, рекомендованные для педагогов.  Работая с аутичными детьми, педагоги и родители совместными усилиями могут развить их воображение, обучить эффективным способам общения со сверстниками, а значит, и адаптировать ребенка к условиям окружающего мира.  аутизм, аутичный ребенок   **Как играть с аутичными детьми.**  Работая с аутичными детьми, надо иметь в виду, что коррекционная работа будет продолжительной. Скорее всего, на первых этапах взаимодействия аутичный ребенок откажется от контакта с вами вовсе, а тем более не захочет вступать в групповую, а может быть, и в индивидуальную игру.  Поэтому, рекомендуя игры для работы с аутичными детьми, мы подразумеваем, что проводить их вы будете только исходя из реальных возможностей и необходимости.  Составляя список игр для коррекционных занятий с аутичным ребенком, следует также помнить, что играть он с вами будет только в те из них, которые в наибольшей степени совпадут с его интересами. Поэтому, идя на занятия, вы должны быть готовы к гибким изменениям своих планов и иметь в запасе несколько игр, которые могут прийтись "по вкусу" вашему ученику.  Описание каждой игры начинается с формулировки целей ее проведения. Надеемся, что это поможет вам при отборе игр и учете интересов конкретного ребенка.  Наиболее сложные для аутичных детей игры - это коллективные игры, которые предполагают их включение во взаимодействие со сверстниками. Эти игры вы будете использовать, разумеется, после проведения индивидуальной подготовительной работы и, конечно, при желании самого ребенка.  **Подвижные игры.**  **"Рукавички"**  Цель: включение аутичных детей в групповую работу.  Для игры нужны вырезанные из бумаги рукавички, количество пар равно количеству пар участников игры. Ведущий раскидывает рукавички с одинаковым орнаментом, но не раскрашенным, по помещению. Дети разбредаются по залу. Отыскивают свою "пару", отходят в уголок и с помощью трех карандашей разного цвета стараются как можно быстрее раскрасить совершенно одинаковые рукавички.  Дети сразу видят и понимают целесообразность своих действий (ищут пару). Педагог наблюдает, как организуют совместную работу пары, как делят карандаши, как при этом договариваются. Проводить игру рекомендуется в два этапа. На первом этапе дети только ищут парную рукавичку. Проиграв подобным образом несколько раз, можно переходить ко второму этапу: найдя пару, участники игры раскрашивают парные рукавички.  **"Щепки на реке"**  Цель: создать спокойную, доверительную атмосферу.  Участники встают в два длинных ряда, один напротив другого. Расстояние между рядами должно быть больше вытянутой руки. Это все вместе - Вода одной реки.  По реке сейчас поплывут Щепки. Первый ребенок, первая Щепка, начинает движение. Он сам решит, как будет двигаться. Например, закроет глаза и поплывет прямо. А Вода плавно поможет руками Щепке найти дорогу. Возможно, щепка поплывет не прямо, а будет крутиться. Вода должна и этой щепке помочь найти дорогу. Может быть, Щепка, оставив глаза открытыми, будет двигаться хаотично или кругами. Вода должна и ей помочь. Когда Щепка проходит до конца Реки, она становится рядом с последним ребенком и ждет, пока не приплывет следующая, которая встает напротив первой. Тем самым они составляют Реку и постепенно удлиняют ее. Так, неспешно, Река будет блуждать по классу, пока все дети не проплывут по Реке, изображая Щепки.  Дети сами могут решить, как они в качестве "Щепок" будут "двигаться по Воде": медленно или быстро. Дети, которые будут Водой, должны потренироваться приостанавливать и направлять самые разные Щепки. Аутичному ребенку не обязательно быть в роли Щепки.  **"Охота на тигров"**   Цель: научить детей планировать свои действия во времени.  Группа участников встает в круг. Водящий выходит за круг, становится спиной к группе и начинает громко считать до 10. В это время участники передают друг другу маленького игрушечного тигра. После окончания счета тот, у кого находится тигр, вытягивая руки вперед, закрывает тигра ладошками. Остальные участники делают то же самое. Задача водящего - найти тигра.  Как правило, аутичным детям трудно сразу включиться в игру, поэтому сначала необходимо дать им возможность понаблюдать за ходом игры со стороны.  **"Покажи нос"**  Цель: помочь детям ощутить и осознать свое тело.  *Раз, два, три, четыре, пять,  Начинаем мы играть.  Вы смотрите, не зевайте  И за мной все повторяйте,  Что я вам сейчас скажу  И при этом покажу.*  Воспитатель, называя части своего тела, показывает их на себе, кладет на них руку. Дети повторяют за ним движения, показывая на себе на себе названные части тела.  Затем воспитатель начинает "путать" детей: называть одну часть тела, а показывать другую. Дети должны заметить это и не повторить неверные движения.  **"Кто Я?"**  Цель: развитие представлений и воображения ребенка.  Взрослый поочередно надевает на себя атрибуты представителей различных профессий (врач, артист, дирижер, дрессировщик, милиционер и т. д.). Ребенок должен отгадать, кто это был.  **"Придумки"**  Цель: научить детей распознавать различные эмоции.  Взрослый просит ребенка придумать небольшой рассказ, ориентируясь на картинки. Он говорит: "Я начну придумывать историю, а ты продолжишь ее. К этой истории у нас уже нарисованы картинки. Например, Таня вышла во двор гулять. Она взяла мяч. Настроение у нее было вот такое (педагог показывает на карточку  № 1...). Как ты думаешь, что произошло?" "Затем Таня..." (педагог показывает карточку № 2....) и т. д.  (рис. 3).  Рисунок 3. Наглядный материал к игре "Придумки".  аутизм, аутичный ребенок   **"Покажи по-разному"**  Цель: научить детей распознавать и показывать различные ощущения и действия, ознакомить их со словами-антонимами.  I этап игры.   Взрослый говорит:  - Вот я захожу в ворота высокие (и сопровождает свои слова показом), а вот я захожу в ворота... (взрослый пригибается). Какие? (Ребенок должен назвать антоним к слову "высокие".)  - Я несу легкий пакет (показывает), а теперь я несу (показывает)... Какой пакет?  - Я перехожу широкую реку (показывает), а вот я перепрыгиваю через ручей (показывает)... Какой?  - Я иду медленно, а вот я иду... Как?  - Я гуляю, мне жарко. Но вот подул ветер, и мне...  - Я смотрю грустный спектакль. А теперь смотрю...  II этап игры.   Все действия выполняет ребенок, а взрослый комментирует или устанавливает правила игры, например: "Если я скажу, что ворота высокие, то ты идешь, как обычно, а если я скажу, что ворота низкие, то ты пригибаешься, и т. д.  **"Солнечный зайчик"**  Цель: развитие внимания и умения ориентироваться в пространстве.  "К нам в гости пришел Солнечный зайчик. Найди, где он находится. (Педагог включает фонарик и светит им на стенку.) А теперь зайчик будет двигаться. Запомни, как он двигался, и нарисуй его путь". Ребенок следит взглядом за движением светового пятна, а затем зарисовывает траекторию пути зайчика на бумаге (рис. 4). Вместо фонарика можно использовать лазерную указку, а в солнечный день - зеркальце.  Рисунок 4. Примерные траектории движения.  аутизм, аутичный ребенок   Источник: книга Елены Лютовой и Галины Мониной "Шпаргалка для взрослых". |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| http://adalin.mospsy.ru/img/nool.gif |  |
|

Микроцефалия - это патологически маленькая голова из-за маленького мозга. При микроцефалии окружность головы в два раза меньше нормы (по некоторым данным окружность головы меньше даже в 3 раза)

Как возникает микроцефалия?Микроцефалия может быть с рождения или появиться в первый год жизни ребенка. Голова перестает расти (мозг не увеличивается), но при этом лицо развивается как у нормального здорового человека. В результате у ребенка маленькая голова, большое лицо и покатый лоб. По мере роста ребенка в длину, становится более очевидным то, что голова очень маленькая.Может ли это быть из-за того, что череп слишком маленький?

Да, такое может быть, если мозг ребенка развивался нормально, но произошло преждевременное закрытие швов черепа (краниосиностоз), что мешает нормальному развитию головы ребенка, и поэтому возникает микроцефалия.

Только врач может определить есть ли у ребенка краниосиностоз. Это одна из причин для того, чтобы проходить регулярное обследование в первые годы жизни малыша у педиатра. Как только врач обнаружил это нарушения, необходима помощь хирурга, чтобы это исправить. Суть операции заключается в том, чтобы «открыть» швы черепа и позволить мозгу нормально расти и развиваться.

Всегда ли микроцефалия является причиной задержки умственного развития?

Часто микроцефалию сравнивают с задержкой умственного развития. Однако, не все дети с микроцефалией умственно отсталые. У таких детей может наблюдаться задержка в развитии речи и моторики. Моторика может быть нарушена из-за паралича, спазма мышц.

Причины микроцефалии

Причинами микроцефалии могут быть любые факторы, например, радиация, инфекции, лекарства, генетические нарушения и др. Причинами врожденной микроцефалии могут стать внутриутробные инфекции (краснуха, цитомегаловирус, токсоплазмоз). Микроцефалия характерна для таких синдромов, как:

- трисомия по 18 хромосоме (синдром Эдвардса)

- трисомия по 13 хромосоме (синдром Патау)

- синдром кошачьего крика

- сидром Миллера

- синдром Прадера-Вилли и др.

- плодный алкогольный синдром

Лечение микроцефалии

Специального лечения микроцефалии не существует. Лечение является симптоматическим, т.е. направлено на снятие возникающих симптомов. В среднем, продолжительность жизни людей с микроцефалией снижена и прогноз нормального функционирования мозга плохой.

Комплексная коррекционная работа с детьми с задержкой психического развития с использованием метода транскраниальной микрополяризации

Кожушко Н.Ю., Пономарева Е.А., Бережная Н.Ф., Матвеев Ю.К. Институт мозга человека РАН, Санкт-Петербург, Россия

Использование комплексного подхода к исследованию проблем задержек психического развития (ЗПР) у детей показывает большую распространенность сочетанных дефектов развития, мультиформность клинических проявлений повреждений или парциального недоразвития структур мозга (Мастюкова, 1995; Переслени и др., 1996; Яременко и др., 1999 и др.). Арсенал возможностей современной психологии и психиатрии, дефектологии и логопедии в процессе коррекционной работы с отстающими детьми достаточно широк. Однако, в группах коррекции всегда находятся дети, работа с которыми остается малоэффективной, несмотря на длительный прием фармакологических средств, регулярные занятия с логопедами, дефектологами. В настоящей работе представлены данные по использованию метода транскраниальной микрополяризации (ТКМП) у детей с задержками нервно-психического развития (Пинчук, 1997; Илюхина и др., 2002). 22 ребенка в возрасте от 3 до 7 лет с диагнозом ЗПР прошли обследование и лечение в лаборатории физиологии состояний ИМЧ РАН в связи с неэффективностью использования традиционного подхода в специализированных детских учреждениях. Жалобы при обращении были на отставание в общем и речевом развитии, низкую успеваемость по обучающей программе, отсутствие интереса к занятиям, быструю утомляемость, общую и артикуляционную вялость, нарушение фонематического слуха, звукопроизношения, замедленность овладения лексико-грамматическими компонентами языка. Нарушения речи в группе были представлены моторной алалией, стертой формой дизартрии, общим нарушением речи (ОНР) 1, 2 и 3-го уровней речевого развития. Все дети имели отягощенный анамнез в связи с перинатальным поражением ЦНС различного генеза (травматического, инфекционного, гипоксического, ишемического). На 1 этапе проводилось комплексное обследование детей (неврологическое, электрофизиологическое, психолого-педагогическое) и необходимое фармакологическое лечение в связи с текущими жалобами на повышенную утомляемость, нарушения сна и др. На следующем этапе назначались ТКМП в режимах, защищенных патентом РФ 2180245 (Илюхина и др., 2002). После лечения у всех детей получена положительная динамика в виде повышения мотивации познавательной деятельности, улучшения памяти, внимания, мышления, повышения работоспособности, усидчивости, ускорение темпа усвоения нового материала. Отмечено также улучшение общей, мелкой и артикуляционной моторики, ускорение работы по постановке и автоматизации звуков в речи, быстрое нарастание словарного запаса, улучшение понимания речи, фонематического слуха. Наблюдалось улучшение грамматических компонентов речи, улучшение техники чтения и понимания прочитанного, ускорение овладения математическими представлениями, конструктивным праксисом и гнозисом. Выраженность эффекта лечения зависела от глубины дефекта, компенсаторных возможностей ЦНС, регулярности проведения лечебных мероприятий и занятий с дефектологом, психологом и логопедом, что видно из нижеследующих примеров. Пример 1. Костя Н., 7 лет, поступил с диагнозом: гипертензионный синдром, синдром вертебро-базилярной недостаточности (ВБН), пирамидная недостаточность, вегетативно-сосудистая дистония, астено-невротический синдром; ЗПР, дислалия. В течение 2 лет занимался с дефектологом и логопедом без существенных сдвигов в общем и речевом развитии. Рекомендовано обучение в школе ЗПР. При тестировании обнаруживает снижение мотивации познавательной деятельности, ослабление всех видов памяти; словарный запас ограничен, речь с аграмматизмами. Не умеет правильно использовать грамматические категории в активной речи, не может пересказать услышанное, не понимает содержание рассказа. Не запоминает символы букв и цифр. В речи нет звука р . За 18 мес. прошел 12 сеансов ТКМП с воздействием слабыми токами в течение 20 мин за сеанс. После 1-го сеанса ТКМП появился интерес к окружающим предметам дома и на улице. Через 4 сеанса исчезли ночные страхи, улучшилась моторная координация. Стал усидчивым, внимательным, увеличился словарный запас, стал пересказывать небольшие тексты, отмечено значительное улучшение мыслительных операций, фонематического слуха.Отмечено улучшение грамматического строя речи, запоминание букв, появился навык письма, счет в пределах 10 Улучшился конструктивный праксис и гнозис. Появился звук р . Заметно улучшилась связная речь. Уменьшилась утомляемость. Моторные функции близки к норме. Через 2 месяца после первого курса ТКМП отмечено скачкообразное ускорение темпа психического развития, появилась возможность определения для обучения в 1 классе массовой школы с 8 лет. По данным тестирования в 1-ом классе: почерк аккуратный,. пишет и читает медленно, недостаточно хорошо понимает прочитанное, но с программой по русскому языку и математике справляется. Фонематический слух- в пределах нормы. Продолжают занятия с психологом, педагогом. Закончил 1 класс на «хорошо». Пример 2. Павел Т., 6 лет. Поступил на обследование и лечение с диагнозом: ММД на резидуально-органическом фоне, гипертензионный синдром, синдром ВБН, пирамидная недостаточность; выход из моторной алалии; ЗПР, ОНР 2 уровня речевого развития, состояние после уранопластики по поводу врожденной расщелины; ринолалия; парез мягкого неба и лицевого нерва. Посещал речевой сад с 4-х лет, положительная динамика после регулярных занятий незначительная. Во время первичного тестирования адекватен. Знает основные цвета, геометрические фигуры, дни недели, основные явления природы. Легко отвлекается, работает медленно. С ошибками выполняет операции сравнения предметов, счет до 10. Движения руки неловкие. Артикуляционный аппарат малоподвижный, упражнения самостоятельно не выполняет. Речь с сильным назальным оттенком, непонятна для окружающих. Лексико-грамматические компоненты языка ниже возрастной нормы. Словарь беден, не понимает значения многих слов. Грубо нарушена слоговая структура слова, звуконаполняемость. Замкнут, неохотно вступает в контакт. Проведен курс ТКМП из 4 сеансов в течение ноября-декабря 2001 г. в вышеуказанном режиме. После 2-х ТКМП на занятиях оставался пассивным, изменений в речи, поведении не отмечено. Через неделю после окончания всего курса отмечено улучшение артикуляции, автоматизации звуков, появился интерес к игрушкам; стал более ловок, появилось желание выполнять домашние задания. Через месяц заметнее становится познавательный интерес, выразительным стало лицо, появились новые звуки в речи, улучшился фонематический слух, повысилась работоспособность (до 30 мин, а затем до 45), Павел стал лучше рисовать. Через полгода успешно прошел тестирование в детском саду, был снят диагноз ЗПР. Сохраняются остаточные явления ОНР 3 уровня речевого развития: путает предлоги, ошибается при согласовании частей речи, словарный запас немного отстает от возрастной нормы. Знает все буквы, пишет, рисует. Уменьшился назальный оттенок речи, речь стала понятна окружающим. Считает в пределах 10. Комиссией специалистов принято решение продлить пребывание в саду для исправления оставшихся дефектов речи с целью определения ребенка в следующем году в массовую школу с 8 лет. Пример 3. Миша К. 4.5 года, поступил с диагнозом: церебрастенический синдром; выход из моторной алалии, ОНР 1-го уровня речевого развития. При первичном тестировании отмечено: речь понимает ситуативно, не понимает конструкций с падежными окончаниями, обобщающие слова. Речь лепетная, запас 15 слов. Общая и ручная моторика неловкая, артикуляционная моторика вялая. Путает некоторые части тела. Быстро устает (через 15 мин), трудно повторно привлечь внимание. ТКМП 1 проведена в сентябре 2001 г. (следующие назначенные сеансы пропустили). Через 2 мес после 1-ой ТКМП на занятиях отмечено появление познавательного интереса, повышение работоспособности до 45 мин, быстрый рост активного словаря. Стал понимать простые обобщения, улучшилась артикуляционная и мелкая моторика, появилась ловкость движений. Стал подолгу играть со сложными сюжетами. Второй курс ТКМП был назначен на январь 2002 г., прошли только 2 сеанса. После курса появилась фразовая речь, счет в пределах 4. Однако, артикуляционная моторика оставалась вялой, мелкая моторика улучшилась, но сила руки недостаточная. Очень медленно продвигается в освоении новых упражнений, часто отказывается от артикуляционной гимнастики. Через полгода занятий логопед отмечает трудности накопления активного словаря, проблемы звукопроизношения, развития мелкой и артикуляционной моторики, но невербальные задания выполняет хорошо. Материал берет только в игровой форме. По состоянию на сентябрь 2002 г. ребенок стал более общительным с детьми, ловко двигается на спортивной площадке. Но от занятий отказывается, пройденный ранее материал вспоминает с трудом. Пример 4. Арина С., 7 лет, диагноз: ММД, гипертензионный синдром, синдром ВБН, церебрастенический синдром; выход из РДА, ЗПР, ОНР 3 уровня речевого развития, дисграфия. При обследовании адекватна, контактна. Навыки самообслуживания сформированы. Предпочитает одиночные игры, устает от детского коллектива, становится тревожной и напряженной. К себе иногда обращается в третьем лице. Болезненно реагирует на неудачи. Счет в пределах 10, знает геометрические фигуры, понимает смысл прочитанного из знакомых слов. Мелкая моторика развита хорошо, почерк аккуратный. На слух запоминает с трудом. Интерес к занятиям игровой, занимается легко, но без повторения материал быстро забывает. Путает временные представления, с трудом улавливает лексико-грамматическую часть слова. Нарушен фонематический слух. Много аграмматизмов в речи, путает окончания, предлоги. Но при чтении, письме под диктовку таких ошибок нет. Проведено 6 ТКМП в мае-июне 2001 г. К концу курса логопед отмечает появление беглого чтения, улучшение понимания прочитанного. Улучшился грамматический строй речи, слухоречевая память, внимание. Появился анализ звуков, слов, стала составлять небольшие рассказы по картинкам. В 1-ом классе к середине учебного года отмечено: повышение скорости чтения до 85 слов в мин, хорошее понимание прочитанного; счет в пределах 20. Со школьной программой ЗПР справляется на отлично, возможен перевод в массовую школу. Таким образом, при низкой эффективности традиционной восстановительной терапии у детей с ЗПР адекватное применение ТКМП приводит к существенному ускорению темпов коррекционного процесса и качественным позитивным сдвигам в социальной адаптации детей. Данные изменения начинаются с появления устойчивого познавательного интереса, повышения уровня активности в целом, увеличения работоспособности (прирост энергетического потенциала), усиления положительных эмоций, коммуникативных функций. Успешность комплексной терапии с применением ТКМП зависит от многих факторов: тяжести исходного дефекта психического развития, выраженности неврологической симптоматики, компенсаторных возможностей ЦНС, степени обучаемости ребенка, регулярности лечебных процедур и занятий со специалистами, а также от характера семейных связей и отношения к проблемам развития ребенка.

Реферат: Психокоррекционная работа с детьми с задержкой психического развития

Название: Психокоррекционная работа с детьми с задержкой психического развития

Раздел: психология, педагогика

Тип: реферат Добавлен 19:47:07 20 марта 2007 Похожие работы

Просмотров: 1722 Комментариев: 0 Оценило: 0 человек Средний балл: 0 Оценка: неизвестно Скачать

Никишина В.Б., Курск, КГМУ

Лейтмотивом выводов отечественных психологов является положение: задержка психического развития детей во всех формах может поддаваться педагогической коррекции в таких условиях, которые соответствуют состоянию ребёнка. В то же время комплексное и многоплановое изучение детей с ЗПР в этих условиях должно способствовать уточнению и дальнейшему развитию имеющихся научных сведений о них. На этом основании результаты проведенного комплексного экспериментально-психологического обследования детей с ЗПР с использованием современного аппарата многомерной статистики позволяют выделять существенную информацию в структуре связей психологических особенностей детей названной категории.

Проведенное экспериментально-психологическое исследование познавательных особенностей детей с задержкой психического развития с использованием многомерного анализа позволило выделить существенные связи между изучаемыми познавательными процессами: вниманием, памятью и мыслительными процессами.

В качестве психологического материала были использованы методики:

исследование внимания и умственной работоспособности (“Корректурная проба”);

исследование опосредованного запоминания (по Леонтьеву А.Н.);

исследование логической функции мышления (“Существенный признак”);

исследование аналитико-синтетической деятельности (“Исключение понятий”)

(см.Методические указания по применению соответствующих методик).

На основании полученных результатов многомерного анализа данных эксперементально-психологического исследования детей с ЗПР были выявлены специфические связи в структуре познавательных особенностей, которые могут быть использованы в системе психокоррекционной работы специалистов.

На основании результатов, полученных в ходе экспериментально-психологического исследования познавательных особенностей детей с ЗПР (Таблица 1) можно определить ведущие направления психокоррекционного воздействия при исследовании когнитивной сферы ребёнка.

Таблица 1

Значимые коэффициенты корреляции показателей познавательных особенностей детей с ЗПР (r/5%=0,359,  =0,05 )

Показатели 1 2 3 4 5

1.Показатель концентрации внимания 1,00

2.Показатель опосредованного-непосредственного запоминания - 1,00

3.Показатель произвольного-непроизвольного запоминания 0,35 0,8 1,00

4. Показатель логичности мышления - - - 1,00

5.Показатель обобщения мышления - 0,29 0,3 - 1,00

Из данных, приведенных в Таблице 1, видно, что наиболее выраженной является связь между показателями соотношения произвольного - непроизвольного и опосредованного - непосредственного запоминания, а также между показателями уровня логичности и уровня обобщения.

Таким образом, представленные результаты дают основание для эффективного построения разработки коррекционных программ. Идея коррекционной работы должна строится на идеи использования компенсаторных функций в случаях выраженного нарушения какого-либо одного из познавательных процессов. Для практической психологии это означает, что развитие свойств внимания благоприятно повлияет на качественные характеристики памяти и мыслительных процессов.

Противоречия в развитии ребёнка могут быть обнаружены только при комплексной оценке всех проявлений личности, поэтому изучение самооценки, ценностных ориентаций является логическим продолжением исследовательской работы.

Полученные в ходе экспериментального изучения результаты свидетельствуют, что степень сформированности личностных особенностей детей с ЗПР взаимосвязана с познавательными особенностями. Факт данной взаимосвязи можно рассматривать как направление психокоррекционного воздействия.

Анализ взаимосвязей показателей психодинамических и характерологических особенностей показывает, что наиболее выраженной является связь между уровнем невротизма и экстраверсии-интроверсии, гипертимности и невротизма, гипертимности и экстраверсии-интроверсии (Таблица 2).

Таблица 2

Значимые коэффициенты корреляции показателей психодинамических и характерологических особенностей детей с ЗПР (r/5%=0,359,  =0,05 )

Факторы 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1.Невротность 1,00

2.Экстраверсия-интроверсия 0,58 1,00

3.Гипертимность 0,48 0,39 1,00

4.Тревожность - - - 1,00

5.Дистимность - - - - 1,00

6.Педантичность - - - - - 1,00

7.Возбудимость - - - - - - 1,00

8.Эмотивность - 0,47 - - - - - 1,00

9.Застревание - - - - - - - - 1,00

10.Демонстратитвность - - - - - - - - - 1,00

11.Гипертимность - - - - - - - - - -

При направленном воздействии на характерологическую сферу у детей с задержкой психического развития следует обратить внимание на те связи, которые выявлены при исследовании акцентуации характера, при выделении одного из типов иметь в виду возможность проявления и других типов.

Разрыв связей между показателями характерологических особенностей у детей с задержкой психического развития должен иметь определенный подход к коррекции этой сферы у ребёнка, так как изолированность каждого показателя по отдельному типу акцентуации позволяет направлять коррекционные усилия именно на него.

Как указывалось, принцип целостности в оценке личности ребёнка с задержкой психического развития явился исходным при экспериментальном исследовании связей его познавательных, психодинамических и характерологических особенностей, что позволяет обобщить итог психодиагностической работы специалиста и сконцентрировать дальнейшие усилия уже на объективно выявленных критериях. Так, если к специалисту поступило обращение по сути конкретной проблемы ребёнка с задержкой психического развития, его усилия приведут к максимально положительному результату, если он будет учитывать особенности личности в целом. Одной из частых причин обращения к психологу являются трудности в межличностном общении ребёнка со сверстниками и окружающими, его невозможность адекватно оценивать себя и свои поступки. Логическим шагом специалиста в решении этой проблемы станет исследование особенностей характерологической сферы ребёнка. Так, в случае выявления акцентуации по экзальтированному типу его рекомендации усилия должны иметь в виду выраженные связи с такими особенностями ребёнка, как соотношение опосредованного – непосредственного запоминания, произвольного - непроизвольного запоминания, уровня логичности и обобщения мышления. Проявления демонстративного типа акцентуации характера у ребёнка с задержкой психического развития экстраполируется на функциональные нарушения произвольного - непроизвольного запоминания и уровня логичности мышления. Застревающий тип акцентуации указывает на его влияние показателей опосредованного - непосредственного запоминания и обобщающей функции мышления; возбудимый тип – с опосредованно-непосредственным запоминанием, дистимный – с особенностью концентрации внимания и обобщающей функцией мышления. Показатель гипертимности фиксирует значимую связь со всеми основными показателями познавательных процессов. Таким образом, полученные данные комплексного многомерного анализа основных психических особенностей детей с ЗПР могут рассматриваться с точки зрения указания их основных направлений последующей психокоррекционной работы.

Принятие решения о психологической коррекции и путях её осуществления определяется представлением психолога о содержании своей коррекционной работы. Воздействие оказывается на основании теоретического представления о норме осуществления действий, о норме содержания переживаний, о норме протекания познавательных процессов, о норме целеполагания в том или ином конкретном возрасте ребёнка.

Специалист пользуется психодиагностической информацией для сопоставления её с теоретическими данными о закономерностях и специфике возрастной динамики детей с ЗПР и составляет программу коррекционной работы. Программа может строиться по следующей схеме:

Основной научной категорией, направляющей решения о направлении психокоррекционного воздействия, является категория нормы психического развития, которая позволяет обосновать подход в практической деятельности. Таким образом, сталкиваясь с проблемой системный узконаправленной в коррекционной работе, необходимо исходить из стратегической позиции комплексного подхода в её решении. Так, при задаче коррекции мнестических функций ребёнка необходимо иметь в виду специфику тех связей и проекций, которые проявляются в ряде других познавательных, личностных и психодинамических особенностях ребёнка.

Представляется существенно важным выделить в этой категории следующие уровни коррекционного анализа:

нейропсихологический (предполагает знание о функциональной организации мозга и основных принципах локализации функций позволяет выбрать адекватные средства и способы воздействия в коррекционной работе).

общепсихологический уровень анализа содержания нормы психического развития предполагает использование данных об основных закономерностях и механизмах функционирования внутреннего мира человека;

возрастно-психологический уровень анализа содержания нормы психологического развития позволяет конкретизировать общепсихологические данные и индивидуализировать их изучение.

Остановимся на основных методах психокоррекционного воздействия. Они классифицируются на две большие группы: психолого-педагогические и психотерапевтические.

В группе психолого-педагогических методов остановимся на методе коррекции умственной работоспособности, методе коррекции восприятия, методе коррекции аналитико-синтетической деятельности, методе коррекции нарушений характера, методе коррекции заострения отдельных характерологических особенностей.

Метод коррекции аналитико-синтетической деятельности

Надо представить и описать ситуацию с измененными привычными характеристиками временных связей (следование, предшествование, совпадение), например, надо представить и описать ситуацию молнии без грома.

Надо представить и описать ситуацию с заменой привычного временного порядка на прямо противоположный, например, поменять местами причину и следствие.

Резко сократить интервалы времени между некоторыми событиями, например, человек – однодневка (вся жизнь человека равна одному дню)

Перемещение вдоль временной оси существования некоторого предмета или его свойств, например, телевизор в прошлом, настоящем, будущем.

Совмещение в одном объеме тех, которые пространственно разведены, и описание предмета с этими новыми свойствами, например, травинки и авторучки.

Прием разведения обычно связанных в пространстве объектов, например, надо представить рыбу без воды.

Изменение привычной логики действий, например, не дым ядовит для человека, а человек ядовит для дыма.

Многократно усиливается свойство объекта, например, свойство автобуса перевозить людей многократно усиливается – перевозить очень много людей.

Метод коррекции концентрации внимания.

В методику включаются специально подобранные упражнения, составленные по мере увеличения количественных заданий и их сложности.

Основным условием эффективности будет регулярность проведения упражнений и их положительная эмоциональная окраска для ребёнка.

Метод коррекции восприятия.

Возможны виды психокоррекционных заданий.

“Нарисуй, чтобы я догадался, где, например, мишка, а где обезьянка”- это тип задания, где ребёнок должен по инструкции взрослого воспроизвести графически образец, заданный в слове.

Нарисуй на отдельном листе деталь предмета, например, одну лапу или один нос.

Изображение фантастических персонажей, например, жар-птицу в волшебном саду.

Рисовать точки в разных комбинациях.

Рисовать для ребёнка точками контур рисунка и просить его обводить.

Рисование дорожек – взрослый рисует сложную линию дороги – ребёнок проводит параллельную ей.

Рисование прямых линий без отрыва карандаша.

Лепка различных форм из пластилина.

Построение в игре планов – квартиры, улицы, города и др.

Обсуждение с ребёнком его предстоящих действий, планирование их словами и движениями.

Рисование с натуры.

Метод коррекции нарушений характера

При использовании данного метода важным является соблюдение следующих условий:

Урегулировать питание, сон, пребывание на свежем воздухе, затрату мышечной энергии, а также и отдых.

Крайне целесообразно физическое воспитание (естественные движения, игры, экскурсии, спорт)

Метод игнорирования применим во всех тех случаях, в которых ребёнок до тех пор был предметом чрезмерного внимания, и когда существуют ипохондрические признаки. В подобных случаях заранее говорят ребёнку, что не признают у него никаких особенностей, что все это его воображение и притворство. Лучше и вернее, не говоря об этом воспитаннику, не обращать внимания на его заявления, что он не такой, как другие дети.

Метод фиктивной, мнимой коррекции особенно пригоден в раннем детском возрасте в тех случаях, когда симулируются (выдумываются) отдельные расстройства. Он состоит в том, что ребёнка уверяют, что если он выпьет это лекарство (вместо которого дается соленая или сладкая вода) (эффект Плацебо), то он будет совершенно здоров.

Метод “заставания врасплох”, или метод “ошеломления” состоит в том, что на ребёнка воздействуют путем энергичных требований и запретов, например, : “Подними руку. Ходи. Стой. Не говори шепотом, говори громко” и т.п. Вследствие этого у ребёнка остается меньше времени, чтобы заострять внимание на своем состоянии, и он приучается адекватно реагировать на просьбы и указания.

Метод коррекции заострения отдельных характерологических особенностей. (Метод построен на основании подхода профессора П.Г.Бельского).

Дружественная и эмоциональная связь психолога с ребёнком позволяет в начале работы над собой подчиниться требуемому режиму деятельности.

Катарсис – очищение психики от предшествовавших его переживаний путем “эмоциональных” бесед психолога.

Постепенный перевод эмоциональной энергии, освободившейся после катарсиса, на новые социально полезные цели на основе закона трансформации эмоций:

А) перевод эмоции на смежную с ней, близкую по природе эмоцию, например, эмоции азарта – в спорт, физического мазохизма – в психический,

т.е. поэзию грусти нарциссизма (самовыставления, самолюбования) – в драматическую работу, исполнение красивых героических ролей в спектакле и т.п.;

Б) изменение целевой установки данных эмоций (например, целесообразен перевод хаотической стихийной агрессивности в агрессивность по отношению к объективным социально враждебным феноменам), поручение ответственных заданий.

Постепенный отрыв ребёнка от индивидуальной связи с психологом и полное направление психической энергии на ближайшее окружение.