

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ РАС**

Григорьева А.С., Борисова Н.А.

*Череповецкий Государственный Университет*

*Череповец, Россия*

**MODERN APPROACHES TO THE CORRECTION OF AUTISM**

Grigoreva A.S., Borisova N.A.

*Cherepovets State University*

*Cherepovets, Russia*

## Введение

Согласно современным зарубежным данным, на 250-300 новорожденных в среднем приходится один случай аутизма: это чаще, чем изолированные глухота и слепота вместе взятые, синдром Дауна, сахарный диабет или онкологические заболевания детского возраста. В России даже по самым осторожным оценкам не менее 150 тысяч аутистов, но ни достоверной статистики, ни системы помощи лицам с аутизмом, ни концепции такой системы в настоящее время нет.

Изучением проблемы расстройств аутистического спектра занимались такие ученые, как В.М. Башина, М.С. Вроно, К.С. Лебединская, В.В. Лебединский, С.С. Мухин, О.С. Никольская и др.

В настоящее время спрос на услуги по коррекции расстройств аутистического спектра многократно превышает предложение. Некоторые государственные и образовательные учреждения принимают на обучение детей с аутизмом и сходными расстройствами, однако таких учреждений очень мало, их деятельность на государственном уровне ничем не регламентирована, они не обеспечены ни специально подготовленными кадрами, ни в методическом и организационном отношении.

Подходов к коррекции аутизма несколько, за последние 15 лет появилось много литературы на этот счет. Широко известны такие методы, как прикладной поведенческий анализ, эмоционально-уровневый подход, различные варианты эстетотерапии, методы с использованием животных, воздействие на сенсорику. Главная причина такого разнообразия заключена в самом определении синдрома детского аутизма и РАС, выделенных на основе поведенческих характеристик.

В основе курсовой работы лежит гипотеза о том, что для успешной кооррекционной работы с детьми с расстройствами аутистического спектра необходимо учитывать особенности современных, как основных, так и вспомогательных методов коррекции РАС.

Цель исследования – изучение современных методов и методик коррекции РАС.

Объект исследования – современные подходы к коррекции РАС.

Предмет исследования — содержание методов и методик, направленных на коррекцию расстройств аутистического спектра.

Основные задачи исследования:

1. Раскрыть особенности расстройств аутистического спектра.
2. Определить систематику подходов к коррекции РАС.
3. Выделить современные методы и методики коррекции расстройств аутистического спектра.

Методы исследования: теоретический метод.

Структура работы: Работа состоит из введения, двух глав, заключения и списка использованной литературы.

# **Глава 1. Теоретическое обоснование проблемы в психолого-педагогической литературе**

## **1.1. Расстройства аутистического спектра: классификация, определение понятий, симптомы**

Расстройства аутистического спектра (РАС) – спектр психологических характеристик, описывающих широкий круг аномального поведения и затруднений в социальном взаимодействии и коммуникациях, а также жестко ограниченных интересов и часто повторяющихся поведенческих актов [1].

Существует несколько подходов к классификации расстройств аутистического спектра. Рассмотрим некоторые из них: Международную классификацию болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) и классификацию расстройств аутистического спектра, предложенную К. Гилбертом и Т. Питерсом в книге «Аутизм. Медицинское и педагогическое воздействие».

По Международной классификации болезней 10-го пересмотра спектр аутистических расстройств помещен в класс «Психические расстройства и расстройства поведения», блок «Расстройства психологического развития». По данным МКБ-10 в РАС входят: Детский аутизм (F84.0), Атипичный аутизм (F84.1), Синдром Ретта (F84.2), Другое дезинтегративное расстройство детского возраста (F84.3), Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями (F84.4), Синдром Аспергера (F84.5) [26].

По классификации К. Гилберта и Т. Питерса в РАС входят: классический аутизм или синдром Каннера, синдром Аспергера, детское первазивное (дезинтегративное) расстройство, другие, похожие на аутизм заболевания, аутичные состояния. По данным классификациям видно, что многие их составляющие схожие, либо одинаковые. Например, детский аутизм и классический аутизм или детское первазивное (дезинтегративное)

расстройство и другие дезинтегративные расстройства детского возраста. Если рассматривать их вкуче, то необходимо изучить проявления следующих основных расстройств: Классический аутизм или синдром Каннера, Синдром Аспергера и входящий в него Синдром саванта, Синдром Ретта, Атипичный аутизм, Детское первазивное (дезинтегративное) расстройство, Аутичные состояния[6].

### **Классический аутизм или синдром Каннера**

Аутизм (инфантильный аутизм, детский аутизм) – комплексное расстройство, включающее несколько нарушений. Все существующие основные диагностические системы (МКБ-10, ДСМ-III-R, ДСМ-IV) сходятся в том, что для постановки диагноза аутизма должна присутствовать триада симптомов: недостаток социального взаимодействия (сложно понять чувства и эмоции других людей, а также выразить свои собственные, что затрудняет адаптацию в обществе), недостаток взаимной коммуникации (вербальной и невербальной) и недоразвитие воображения, которое проявляется в ограниченном спектре поведения. Существуют определенные симптомы, часто появляющиеся при аутизме, но не считающиеся основными для постановки диагноза, однако они заслуживают внимания. К ним относятся: гиперактивность (особенно в раннем детском или подростковом возрасте), слуховая чувствительность, гиперчувствительность к прикосновению, необычные привычки при приеме пищи, включая приемы непищевых продуктов, аутоагрессия (нанесение себе повреждений), пониженная болевая чувствительность, агрессивные проявления и перемены настроения. Эти симптомы встречаются по меньшей мере у 1/3 людей с синдромом аутизма.

## Синдром Аспергера

Встречается у людей с нормальным или по всем показателям хорошим, а иногда даже высоким интеллектуальным уровнем. Синдром Аспергера отличается ранним развитием речи, а также сохранностью заинтересованности в окружающем и навыков адаптации. Данный синдром устанавливается, следуя тому же набору диагностических критериев, относящихся к аутизму, но исключая критерии, относящиеся к нарушению коммуникации. Синдром Аспергера и аутизм (при высоком интеллектуальном уровне) пересекаются друг с другом. Уровень развития сопереживания (эмпатии) может быть определяющим фактором в постановке того или иного диагноза. При чрезмерно низких показателях эмпатии возможен диагноз аутизма, а в тех случаях, когда уровень эмпатии более высокий, вместо аутизма может быть поставлен диагноз синдрома Аспергера. Чаще единственным признаком, который дифференцирует аутизм от синдрома Аспергера, является уровень IQ. Низкий коэффициент интеллекта ведет к постановке диагноза аутизма, а более высокий уровень IQ – синдрома Аспергера. Стоит отметить и такой феномен, который в современном обществе принято называть «синдромом саванта». Синдром саванта, иногда сокращённо называемый «савантизм» считается частным случаем аутизма. Это состояние, при котором лица с отклонением в развитии (в том числе аутистического спектра) имеют выдающиеся способности в одной или нескольких областях знаний, контрастирующие с общей ограниченностью личности. Встречается довольно редко и обычно является вторичным явлением, сопровождающим некоторые формы нарушений развития, зачастую синдром Аспергера [8].

Общая для всех савантов интеллектуальная особенность – феноменальная память. Специализированные области, в которых чаще всего проявляются способности савантов: музыка, изобразительное искусство, арифметические вычисления, календарные расчёты, картография, построение

сложных трёхмерных моделей. Человек с синдромом саванта может быть способен повторить несколько страниц текста, услышанного им один раз или безошибочно рассчитать результат умножения шестизначных чисел. Помимо этого, среди зарегистрированных проявлений синдрома саванта есть способности к изучению иностранных языков, обострённое чувство времени, тонкое различение запахов и др. При этом, в областях, лежащих вне проявлений синдрома, такой человек может демонстрировать явную неполноценность, вплоть до умственной отсталости.

### **Синдром Ретта**

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

1. Первая стадия – стагнация. Возраст, в котором впервые отмечаются отклонения в развитии детей, колеблется от 4 месяцев до 2,5 лет. Первые признаки болезни включают замедление психомоторного развития ребенка и темпов роста головы, потерю движения, напоминающие «мытьё рук». Более чем у половины детей наблюдаются аномалии дыхания, возможно появление судорожных припадков. Важным симптомом является потеря контакта с окружающими.

2. Далее следует период регресса нервно-психического развития, который начинается, как правило, в возрасте 1-3 лет и сопровождается приступами беспокойства, «безутешного крика», нарушением сна. В течение нескольких недель – месяцев ребенок утрачивает ранее приобретенные навыки, в частности, пропадают целенаправленные движения рук, он перестает говорить.

3. Третья стадия, охватывает период дошкольного и раннего школьного возраста. В это время состояние детей относительно стабильно. На первый план выступают глубокая умственная отсталость, судорожные припадки, а также разнообразные двигательные расстройства. Приступы беспокойства проходят, сон улучшается, становится возможен эмоциональный контакт с ребенком.

4. К концу первого десятилетия жизни начинается четвертая стадия прогрессирования двигательных нарушений. В то же время судороги становятся реже. В таком состоянии пациенты могут пребывать десятки лет.

### **Атипичный аутизм**

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

### **Детское первазивное (дезинтегративное) расстройство**

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



устарели и применяется понятие детского первичного (дезинтегративного) расстройства.

Люди, проявляющие три или более симптомов, но не имеющие полного набора критериев аутизма, синдрома Аспергера, детского дезинтегративного расстройства или другого, похожего на аутизм расстройства, могут диагностироваться как имеющие аутичное состояние. Многие дети с расстройством внимания и тяжелой моторной неуклюжестью имеют аутичные состояния. В данной статье отражены основные положения, которые необходимо знать педагогам массовых школ и родителям, видящим в детях особенности, присущие расстройствам аутистического спектра для того, чтобы обратиться за консультацией к специалистам: психиатру или специальному психологу[27].

## **1.2. Систематика подходов к коррекции РАС**

В коррекционной работе всегда ставится цель добиться для человека с аутизмом свободной и независимой жизни, что на практике означает научить возможно большему числу способов адекватного взаимодействия с окружающим миром. В традициях российской специальной педагогики принято использовать комплексное вмешательство, то есть сочетание медицинских и психолого-педагогических методов.

Спектр назначаемых медицинских препаратов весьма широк, от нейролептиков до антидепрессантов, от гипотензивных средств до антиконвульсантов. Главные принципы: использовать медикаментозные средства только в тех случаях, когда без них нельзя обойтись; использовать скорее длительную поддерживающую терапию малыми дозами, чем курсовую терапию большими дозами; не пытаться вылечить аутизм, но смягчить симптомы, мешающие работе педагога и психолога, снять по возможности сопутствующую симптоматику. Из современных негативных тенденций нас беспокоит использование больших доз стимулирующих

веществ и ноотропов, несоблюдение возрастных ограничений применения некоторых нейролептиков, особенно рисполепта. К сожалению, и в этих вопросах контроль со стороны государства явно недостаточен[9].

Среди психолого-педагогических методических подходов к коррекции аутизма можно выделить две группы:

основные, которые позволяют овладеть навыками общения, бытовыми, учебными, профессиональными, трудовыми и другими практическими навыками, которые необходимы в реальной жизни; использование одного из таких подходов является необходимым условием организации обучения, но этого не всегда достаточно;

вспомогательные методы создают условия для реализации основных, что иногда необходимо, но никогда не бывает достаточным (кроме немногих легких случаев в сочетании с адекватными условиями воспитания и обучения, прежде всего в семье).

Среди вспомогательных методов можно встретить иппотерапию, плавание с дельфинами, холдинг, различные методы эстето- и игротерапии и даже йогу. Использование только вспомогательных методов – одна из наиболее типичных ошибок.

Другими наиболее типичными проблемами являются:

- неудачное сочетание методов;
- неадекватный выбор основного метода.

### **1.3. Факторы, которые следует учитывать при выборе подхода к коррекции РАС**

#### **1. Характер структуры дефекта.**

Специфика каждого из подходов такова, что на первых этапах коррекции ставятся различные задачи, роль разных сфер психической деятельности считается ведущей. Поэтому представляется разумным применять эмоционально-уровневый подход при работе с детьми, у которых

на первый план выступают аффективные нарушения, особенно, если они служат основным препятствием к общению и развитию. С другой стороны, при выраженной умственной отсталости, когда интеллектуальные нарушения играют не меньшую роль, чем эмоциональные и коммуникативные, при отсутствии у ребенка страхов и сензитивности к контакту более логичным кажется использование поведенческих методик, которые позволяют формировать предпосылки для развития интеллекта[22].

## 2. Организационные возможности.

Важно, чтобы в наличии были специалисты, владеющие методиками работы в рамках упомянутых подходов. Это условие часто оказывается невыполнимым, однако, должно соблюдаться хотя бы в некоторой степени.

Имеет значение объем предполагаемой работы – например, начинать развернутую поведенческую терапию при количестве занятий, меньшем, чем 15-20 часов индивидуальной работы в неделю, представляется неразумным.

Существенную роль играет то, в каких условиях будут проходить занятия – есть ли возможность выбирать их или менять по вашему усмотрению. Работа с использованием ТЕАССН-подхода и поведенческой терапии (в меньшей степени) требует определенной организации пространственной среды. Если нет возможности перемещать мебель, убирать из поля зрения ребенка лишние предметы, подбирать подходящие материалы и пособия, то от систематического применения этих подходов в своей работе лучше отказаться. Эмоционально-уровневый подход также предполагает создание особой среды, которая помогает ребенку чувствовать себя комфортно, а психологу – находить возможности для взаимодействия с ребенком, но создать такую среду, как правило, легче.

Таким образом, при выборе коррекционного подхода необходимо учитывать организационные составляющие ситуации, сложившейся в том образовательном (медицинском, социальном, научном) учреждении, где Вы работаете.

3. Возраст ребенка на момент начала коррекционной работы является важным фактором, влияющим на решение о том, применение какого подхода наиболее адекватно. В первую очередь, учитывается психический возраст, определять который желательно не только при помощи тестов, но и опираясь на качественный анализ особенностей развития каждого ребенка, а также на уровень его социальной адаптации. Тот факт, что для сложных и осложненных форм аутизма характерно сочетание нескольких вариантов психического дизонтогенеза, делает задачу определения психологического возраста очень трудной. Весьма часто мы видим следующую картину: по своему аффективному развитию ребенок находится на уровне 2-3 месяцев, по речевому развитию – на уровне года, по развитию зрительного восприятия – на уровне 4-х лет, по развитию моторики – на уровне 3-х лет; при этом физический возраст ребенка – 5 лет. Если отставание аффективной сферы столь существенно, необходимо начинать коррекцию с применения эмоционально-уровневого подхода. В то же время, следует отметить, что при глубокой патологии аффективной сферы использование данного подхода иногда не приносит значительных изменений в общую картину нарушений развития. Когда возникает подобная ситуация, на наш взгляд, через несколько месяцев следует начинать использование других подходов. Такая необходимость частично объясняется возрастным фактором: чем старше ребенок, тем труднее формировать поведенческие навыки и стереотипы, без которых невозможна адаптация в социуме. Если нет возможности путем коррекции напрямую повлиять на эмоциональные нарушения, необходимо использовать более сохранные функции для максимально более полной реализации потенциальных возможностей ребенка. При этом сохраняется возможность опосредованного воздействия на аффективную сферу.

#### 4. Социальная ситуация развития.

Чтобы решить, как работать с ребенком, необходимо проанализировать, каковы реальные и потенциальные возможности его социальной адаптации. При знакомстве с семьей нужно попытаться сделать если не заключение, то

хотя бы предположение о том, какое место занимает ребенок в семье, каковы ожидания родителей. Позиция родителей в отношении ребенка, требования, которые они к нему предъявляют, их готовность к сотрудничеству и участию в коррекционном процессе очень важны при выборе подхода. Если такое сотрудничество невозможно (например, в ситуации, когда родители работают, а с ребенком сидит бабушка), то, на наш взгляд, лучше применять эмоционально-уровневый подход, в рамках которого основная работа ведется "здесь и сейчас". Поведенческий и ТЕАССН подходы в большей степени рассчитаны на изменение всех сфер жизни ребенка на длительное время, поэтому их применение можно начинать, если есть уверенность в том, что семья будет работать в том же направлении, что и специалисты. С другой стороны, необходимость обучения ребенка жизненно важным навыкам (например, навыкам самообслуживания; невербальной коммуникации) порой заставляет отступать от этого правила.

В связи с тем, что в нашем государстве отсутствует система специализированной помощи детям с аутизмом, их будущее в целом представляется достаточно неопределенным. Особенно это касается детей с осложненными и сложными формами аутизма. Поэтому на данном этапе представляется целесообразным в большей степени придерживаться концепции адаптации ребенка к среде (таков, например, поведенческий подход), нежели стремиться адаптировать среду к потребностям и возможностям ребенка (ТЕАССН). Это связано с общей социальной и экономической ситуацией в стране, которая не позволяет надеяться на построение адекватной системы специального образования в ближайшее время.

Мы далеки от того, чтобы считать проблему выбора методического подхода решенной, но все же приоритетом нашей деятельности должен быть человек с аутизмом, а не тот метод, которым мы владеем, пусть даже в совершенстве. Пока это не всегда так, но к этому нужно стремиться[22].

## **Глава 2. Теоретический обзор методических приемов при коррекции РАС**

### **2.1. Основные методы коррекции РАС**

Основная группа методов позволяют овладеть навыками общения, бытовыми, учебными, профессиональными, трудовыми и другими практическими навыками, которые необходимы в реальной жизни; использование одного из таких подходов является необходимым условием организации обучения, но этого не всегда достаточно;

Из основных психолого-педагогических подходов к коррекции аутизма в нашей стране наиболее известны и зарекомендовали себя как достаточно эффективные при работе с детьми с расстройствами аутистического спектра: эмоционально-уровневый подход, разработанный В.В. Лебединским, К.С. Лебединской, О.С. Никольской и другими авторами; ТЕАССН; АВА [12,17].

#### **Эмоционально-уровневый подход**

Метод предполагает установление эмоционального контакта терапевта с ребенком, снятие с помощью различных конкретных методов страхов, агрессии, негативизма, стереотипий, развитие коммуникации и социального взаимодействия. Круг конкретных средств четко не обозначен, но на первом плане – игротерапия, специальные варианты психодрамы, эстетотерапия, которые используют прежде всего наиболее развитые возможности клиента. Любые элементы директивности исключаются. Предполагается, что создание мотивации к наиболее привлекательным видам деятельности повлечет за собой развитие и всех других сторон психики. Использование таких средств, как расписание на основе фотографий или табличек с надписями допускается, но считается не более чем вспомогательным средством.

Вопросам организации и социализации поведения достаточного внимания не уделяется.

Метод направлен почти исключительно на энергетическую сторону психики и почти не затрагивает структурно-функциональных и онтогенетических моментов: восстановим мотивацию – а дальше все пойдет само собой. Это позволяет рассматривать этот подход как своеобразную попытку модернизировать и адаптировать к проблемам аутизма психоанализ.

На практике метод относительно эффективен при легких формах аутизма, хотя поведенческих проблем он не снимает где значительное место в клинической картине составляют невротические расстройства, но в случае более тяжелых нарушений результаты если и достигаются, то не скоро и значительно более скромные.

### **Прикладной анализ поведения**

Методика основана на научных принципах поведения, благодаря которым можно сформировать необходимый социальный набор навыков и знаний ребенка. В этой методике основную роль играет мотивация детей и система поощрения их успеха в учебе. Желаемое поведение ребенка награждается, что побуждает его действовать в нужном ключе[4,5].

### **Сенсорная интеграция**

Большинство людей учатся комбинировать свои чувства и ощущение собственного тела, чтобы получить представление об окружающем мире. Дети с аутизмом сталкиваются с проблемой обучения этим навыкам.

Терапия с помощью сенсорной интеграции основывается на предположении, что ребенок либо чересчур возбужден, либо недостаточно возбужден окружающей обстановкой. Таким образом, цель сенсорной интеграции — совершенствовать способность мозга обрабатывать сенсорную

информацию, таким образом, что ребенок начинает лучше коммуницировать в повседневной жизни.

Примеры сенсорной интеграции:

- Раскачивание в гамаке (ориентация в пространстве)
- Танец под музыку (слуховая система)
- Игра с коробочками, наполненными фасолью (тактильные ощущения)
- Ползание в туннелях (прикосновение и ориентация в пространстве)
- Прикосновение к раскачивающимся шарикам (зрительно-тактильная координация)
- Вращение на стуле (баланс и зрение)
- Балансирование на перекладине (баланс)

### **ТЕАССН-программа**

В случае аутизма, как и других отклонений в развитии, главной задачей комплексной коррекционной работы является возможно более полная социальная адаптация. Социализационные возможности лиц с аутизмом определяются многими факторами, основными среди которых являются:

- тяжесть, глубина аутистических расстройств;
- ранняя диагностика;
- ее комплексный медико-психолого-педагогический характер;
- адекватный и гибкий подход к выбору методов коррекционной работы, ее последовательность, продолжительность, достаточный объем;
- единство усилий специалистов и семьи.

В методическом плане подходы к коррекции РДА в США, Японии и странах Западной Европы чрезвычайно многообразны. Так справочник Национального аутистического общества Великобритании «Подходы к коррекции аутизма» (1995г.) включает более семидесяти пунктов, хотя практическое значение имеют не более, чем пять, и в первую очередь оперантное обучение (на основе бихевиориальной психологии) и программа



ТЕАССН (программа коррекции и обучения для аутичных детей и детей со сходными нарушениями общения). Начала разрабатываться Э.Шоплером; Р.Райхлером и Г.Месибовым в начале 70-х годов в университете штата Северной Каролины, и сейчас в этом и в некоторых других штатах является государственной программой; она широко распространена во многих странах Европы, Азии, Африки, Латинской Америки [27].

Особенности психики затрудняют, а в тяжелых случаях делают невозможной адаптацию к окружающему миру и, по мнению сторонников ТЕАССН – программы, следует направлять усилия:

1) не только на адаптацию ребенка к миру (ибо в полной мере оно невозможно), но на создание соответствующих его особенностям условий существования, на раскрытие и совершенствование внутренне присущих ему черт, на развитие невербальных форм коммуникации, на формирование простых бытовых навыков;

2) обучение речи считается целесообразным только при  $IQ > 50\%$  и не расценивается как обязательное, также как и обучение академическим и профессиональным навыкам;

3) в основе конкретных методик – четкое структурирование пространства и времени (через различные формы расписаний), опора на визуализацию;

4) ТЕАССН – программа практически никогда не обеспечивает достаточно высокого уровня адаптации к реальной жизни, но она позволяет довольно быстро добиться положительных устойчивых изменений в работе даже с очень тяжелыми случаями аутизма. Цель добиться возможности жить «независимо и самостоятельно» достигается, но только для особых, ограниченных или искусственно созданных условий;

5) идеальным, по ТЕАССН – программе, считается развитие и жизнь в семье, так как именно семья считается «естественной средой существования» для аутичного ребенка. Обязательным является разъяснение особенностей аутизма, в том числе и невозможности вылечить аутизм, - формирование у

родителей такого менталитета, который понимает аутизм не как патологию, а как особый, но равнозначный и равноценный с нормой вариант развития; обучение родителей (которые рассматриваются как важнейшие партнеры в коррекционной работе) приемам и навыкам работы с аутичными детьми и подростками, правилам ведения необходимой документации [27].

Такая работа проводится с родителями не реже, чем дважды в год в форме сессий, в ходе которых проводится контроль над динамикой развития ребенка, вносятся коррективы в индивидуальные программы, вводятся новые методы работы. Отношения семьи и учреждения оформляются договором, регламентирующим взаимные обязанности; договор не предполагает финансовых отношений: для проживающих в том штате, где расположено учреждение, работающее по ТЕАССН – программе, обучение бесплатное.

В тех случаях, когда по каким-либо причинам ребенок не может воспитываться только в семье, коррекционный процесс осуществляется в дошкольных группах или школах дневного пребывания. В группах, как правило, 5-6 детей, с которыми работают 2-3 специалиста, но соотношение «штат : воспитанники» в 1 : 3 признается недостаточным. Контакт с родителями поддерживается посредством ежедневных записей, заданий педагога и отчетов родителей, а также ежемесячными личными встречами профессионалов с родителями;

б) проживание аутичного ребенка в интернате считается весьма нежелательным, но если это все же неизбежно, места для проживания и обучения четко делятся по условиям: разные педагоги и воспитатели, разный круг воспитанников, неодинаковые принципы организации коллектива (общение в свободное время, учеба или работа);

7) в программе ТЕАССН в значительно большей степени, чем в других программах реализуется принцип преемственности: воспитанников «ведут» от дошкольного возраста к зрелости и старости через все промежуточные этапы («с колыбели до могилы»), хотя в какой-то мере это отражает малую

вероятность достижения достаточного уровня адаптации к окружающему миру.

### **Обучение основным реакциям**

Терапия обучения основным реакциям — это концентрация на развитии у ребенка ключевых поведенческих навыков, таких как мотивация, реакция на многочисленные сигналы, самоуправление и социальная инициация. Терапия используется для обучения языковым, социальным, коммуникационным навыкам и способности к восприятию информации образовательного характера. Особое внимание также уделяется роли родителей ребенка в его адаптации/лечении[9].

### **The P.L.A.Y. Project**

Программа призвана обучить родителей и специалистов осуществлять интенсивное развивающее воздействие на маленьких детей с аутизмом с целью научить их взаимодействовать с окружающим миром. Программа практикуется в США, Австралии, Канаде, Великобритании, Ирландии и Швейцарии.

The P.L.A.Y. Project при работе с детьми с расстройствами аутистического спектра следует рекомендациям Национальной академии наук:

— программа наиболее эффективна для детей в возрасте от полутора до 5 лет

— интенсивное вмешательство должно осуществляться по 25 часов в неделю

— ребенка необходимо вовлекать во взаимодействие с родителем/специалистом

- необходимо определить стратегическое направление терапии (например, развитие социальных или языковых навыков)
- родитель/специалист должен помнить, что при взаимодействии с ребенком он должен исполнять роль учителя/партнера по игре в отношении 1:1 или 1:2.

### **Игровое время**

Подход основан на концепции развивающего вмешательства и взаимодействия с ребенком, страдающим аутизмом. В рамках программы выделяют шесть стадий развития ребенка: стадия интереса к миру, стадия привязанности, стадия двухсторонней коммуникации, стадия осознания себя и решения социальных проблем, стадия символической игры, стадия осознания эмоциональных идей и эмоционального мышления. Аутисты обычно не проходят все стадии, а останавливаются на одной из них. Задача «игрового времени» — помочь ребенку пройти через все стадии.

## **2.2. Вспомогательные методы коррекции РАС**

Вспомогательные методы создают условия для реализации основных, что иногда необходимо, но никогда не бывает достаточным.

Среди вспомогательных методов можно встретить иппотерапию, плавание с дельфинами, холдинг, различные методы эстето- и игротерапии и даже массаж и гипноз.

### **Метод холдинг-терапии**

Метод был предложен американским психиатром М. Welch в 80-е годы. Этот метод призван восстановить базальное эмоциональное доверие семье,

которое было потеряно из-за неправильного поведения родителей и курения во время беременности. Нарушается равновесие между системами «приближения» и «избегания» эмоциональной сферы ребенка в сторону последней.

Внешне метод выглядит просто: мать прижимает ребенка к груди так, чтобы можно было смотреть ему в глаза. Ребенок проходит несколько стадий: конфронтации, отвержения, сопротивления, и разрешения. Мать должна успокаивать ребенка, даже когда он вырывается из рук, кусается, плюется, царапается, гладить его по голове и говорить, как она его любит. На последней стадии сопротивление ребенка прекращается и устанавливается контакт «глаза в глаза». Однако в специальной литературе высказывается сомнение как в научной обоснованности положения о нарушении «базального доверия», так и с жестким, близким к насилию, поведением специалиста сеанса холдинг-терапии. Нежелательно также установление связи насилие-обучение. Эмоционального контакта можно добиться и другим, более "мирным" путем. Холдинг-терапия – не панацея, но у этого метода есть свои сторонники и свои противники. Выбор остается за родителями[11, 23].

## **Массаж**

Сеансы массажа часто используются в качестве дополнения к основному курсу терапии. Ключевым моментом в применении массажа является постепенное привыкание пациента к процедурам. В отдельных случаях массаж начинался с коротких сеансов по несколько секунд, и требовалось более полугодом для того, чтобы пациент давал согласие на регулярные длительные процедуры. В результате регулярных сеансов массажа у пациентов постепенно проявлялась повышенная допустимость

прикосновений, даже в том случае, если изначально реакция была крайне негативной.

За все время не было написано ни одного серьезного научного исследования, доказывающего, что эффект сравним с другими видами лечения этой болезни.

## **Гипноз**

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

## **Музыкальная терапия**

Терапия широко используется с середины XX в. Эксперты отмечают такие положительные результаты:

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

Терапия начинается со знакомства пациента с инструментом. Инструктор все время находится на виду у больного, чтобы он ассоциировал необычные звуки с инструментом. Затем пациент пробует самостоятельно

извлекать звуки или подражать им голосом. Лечение также может проходить в форме танца.

### **Пет-терапия (лечение с помощью животных)**

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

## Заключение

Анализ психолого-педагогической литературы по проблеме исследования позволяет сделать следующие выводы:

Аутизм – тяжелое нарушение психического развития, при котором, прежде всего, страдает способность к общению, социальному взаимодействию. Поведение детей с аутизмом характеризуется также стереотипностью (от многократного повторения элементарных движений, таких, как потряхивания руками или подпрыгивания, до сложных ритуалов) и нередко деструктивностью (агрессия, самоповреждение, крики, негативизм и др.)

Без специализированного обучения более 90% детей с аутизмом и сходными с ним расстройствами обречены на тяжелую психическую инвалидность, тогда как при своевременной и адекватной коррекции до 60% получают возможность учиться по школьной программе, а в условиях семьи могут быть адаптированы практически все.

В результате отсутствия системы коррекционного обучения и воспитания детей и подростков с расстройствами аутистического спектра, лишь небольшая часть взрослых с такими нарушениями достигает удовлетворительного уровня социальной адаптации. Многие из таких людей, обладая достаточными знаниями, навыками и способностями в различных областях, совершенно не приспособлены к самостоятельной жизни в обществе.

Среди психолого-педагогических методических подходов к коррекции аутизма можно выделить две группы:

Основные, которые позволяют овладеть навыками общения, бытовыми, учебными, профессиональными, трудовыми и другими практическими навыками, которые необходимы в реальной жизни; использование одного из таких подходов является необходимым условием организации обучения, но этого не всегда достаточно;



Вспомогательные методы создают условия для реализации основных, что иногда необходимо, но никогда не бывает достаточным (кроме немногих легких случаев в сочетании с адекватными условиями воспитания и обучения, прежде всего в семье).

Среди вспомогательных методов можно встретить иппотерапию, плавание с дельфинами, холдинг-терапия, различные методы эстето- и игротерапии, массаж и гипноз.

Из основных психолого-педагогических подходов к коррекции аутизма в нашей стране наиболее известны и зарекомендовали себя как достаточно эффективные при работе с детьми с расстройствами аутистического спектра: эмоционально-уровневый подход, разработанный В.В. Лебединским, К.С. Лебединской, О.С. Никольской и другими авторами; прикладной анализ поведения; сенсорная интеграция; ТЕАССН-программа; обучение основным реакциям; the P.L.A.Y. Project; игровое время.

При выборе подхода к коррекции расстройств аутистического спектра следует учитывать такие факторы как;

- характер структуры дефекта;
- организационные возможности, Так как важно, чтобы в наличии были специалисты, владеющие методиками работы в рамках упомянутых подходов;
- возраст ребенка на момент начала коррекционной работы является важным фактором, влияющим на решение о том, применение какого подхода наиболее адекватно;
- социальная ситуация развития. Чтобы решить, как работать с ребенком, необходимо проанализировать, каковы реальные и потенциальные возможности его социальной адаптации.

## Список литературы

1. Аутизм. Методические рекомендации по коррекционной работе./ Под. Ред. С.А.Морозова (материалы к спецкурсу). М.: Изд-во "СигналЪ", 2003.
2. Башина В.М. Ранний детский аутизм // Исцеление. - М., 1993.
3. Богдашина О. Аутизм: определение и диагностика. - Донецк, 1999.
4. Веденина М.Ю. Использование поведенческой терапии аутичных детей для формирования навыков бытовой адаптации. Сообщение I // Дефектология. - 1997. - № 2.
5. Веденина М.Ю., Окунева О.Н. Использование поведенческой терапии аутичных детей для формирования навыков бытовой адаптации. Сообщение II // Дефектология. - 1997. - № 3.
6. Гилберг К. Аутизм: медицинские и педагогические аспекты / К. Гилберг, Т. Питерс. – СПб.: ИСПиП, 1998.
7. Детский аутизм: Хрестоматия / Сост. Л.М. Шипицына. - СПб.: Дидактика плюс, 2001.
8. Исаев Д.Н., Каган В.Е. Аутистические синдромы у детей и подростков: механизмы расстройств поведения // Патологические нарушения поведения у подростков. - Л., 1973.
9. Колосков А.Р., Горбунов Л.Л. Аутистическое расстройство и новые методы его коррекции. (Реабилитация детей с ограниченными возможностями. Опыт и проблемы. Сборник), Воронеж, 2002.
10. Кревелен В. К проблеме аутизма // Детский аутизм: Хрестоматия. - СПб, 1997.
11. Либлинг М. М. Холдинг-терапия как форма психологической помощи семье, имеющей аутичного ребенка // Дефектология. - 1996. - № 3.
12. Лебединская К. С, Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма. М.: Просвещение, 1991.

13. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. М.: Изд-во МГУ, 1985.
14. Морозова С. С. Аутизм. Коррекционная работа при тяжелых и осложненных формах Серия: Коррекционная педагогика Издательство: Владос, 2007.
15. Никольская О.С. Проблемы обучения аутичных детей // Дефектология. - 1995. - № 1.
16. Никольская О.С. Проблемы обучения аутичных детей // Дефектология. - 1995. - № 2.
17. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок: пути помощи. - М.: Теревинф, 2000.
18. Парк К. Социальное развитие аутиста: глазами родителя // Московский психотерапевтический журнал. - 1994. - № 3.
19. Победить аутизм. Метод семьи Кауфман / Сост. Н.Л. Холмогорова. - М.: Центр лечебной педагогики, 2005.
20. Психология детей с отклонениями и нарушениями психического развития / Сост. и Общая ред. В.М. Астапова, Ю.В. Микадзе. – СПб.: Питер, 2002.
21. Ранний детский аутизм / Под ред. Т.А.Власовой, В.В. Лебединского, К.С.Лебединской. - М., 1981.
22. Ульянова Р.К. Проблемы коррекционной работы с аутичными детьми // Педагогический поиск. - 1999. - № 9.
23. Холдинг терапия как форма психологической помощи семье, имеющей аутичного ребенка // Дефектология. - 1996. - №3.
24. Шипицина Л.М. Детский аутизм. - М.: Дидактика Плюс, 2001.
25. Янушко Е.А. Игры с аутичным ребенком. Установление контакта, способы взаимодействия, развитие речи, психотерапия. - М.: Теревинф, 2004.
26. Официальный сайт МКБ-10 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://mkb10.com/b/62>.

27.Официальный сайт Association for Science in Autism Treatment  
(Американской ассоциации о научном подходе к лечению аутизма)  
[Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.asatonline.org>.