

Омский психиатрический журнал

с (сπ) 2019



Omsk Journal of Psychiatry

Омский психиатрический журнал

Omsk Journal of Psychiatry

Научно-практическое сетевое издание

2(20)
2019

ISSN
2412-8805

Издание зарегистрировано в
Федеральной службе по
надзору в сфере связи,
информационных
технологий и массовых
коммуникаций
Свидетельство
Эл № ФС77-58937
от 5 августа 2014 г.

Интернет-ресурс
[http://omskoop.ru
/opj/index.shtml](http://omskoop.ru/opj/index.shtml)

E-mail: pontiac@list.ru

В издании использованы
материалы и
иллюстрации
из открытых
Интернет-источников

На титульной странице
размещена репродукция
картины
Hans Kanter
The Destiny

Главный редактор
Четвериков Д.В., д.пс.н., к.м.н.

Редакционная коллегия:

Александрова Н.В., к.м.н.

Белебева Е.А.

Бойко А.С., к.м.н.

Васильченко К.Ф.

Воронкова Т.А.

Малютин Т.В.

Стаценко О.А., к.м.н.

Редакционный совет:

Антилогова Л.Н., д.пс.н.

Дроздовский Ю.В., д.м.н.

Дементий Л.И., д.пс.н.

Иванова Т.И., д.м.н.

Крахмалева О.Е., к.м.н.

Одарченко С.С., д.м.н.

Чеперин А.И., к.м.н.

Федотов И.А., к.м.н.

Содержание / Contents

Колонка редактора	2	Editor's column
История подросткового отделения Омской психиатрической больницы <i>Л.А. Берлова, И.Н. Варцаба</i>	4	History of adolescent department of Omsk psychiatric hospital <i>L.A. Berlova, I.N. Vartsaba</i>
Специфика логопедической работы с детьми с расстройством аутистического спектра <i>А. В. Блажевич</i>	8	Specification of logo pedal work with children with a disorder of authistic spectrum <i>A.V. Blazhevich</i>
Роль медицинской сестры в работе полипрофессиональной бригады при оказании медицинской помощи детям, страдающим аутизмом <i>Н.А. Блинова, И.В. Пырина</i>	11	The role of the medical nurse in the work of the polyprofessional team in the rendering of medical assistance to children with autism <i>N.A. Blinova, I.V. Pyrina</i>
Формирование навыков социального поведения у подростков и юношей с расстройствами аутистического спектра в условиях клубной работы <i>В. И. Гаранин</i>	14	Formation of social behavior skills in adolescents and young men with automatic spectrum disorders under club work <i>V.I. Garanin</i>
Ранний детский аутизм: проблематика и клиническое наблюдение <i>Е.Ю. Емельянова, Т.И. Иванова, О.Е. Крахмалева, М.А. Шарамкова</i>	17	Early child's autism: problems and clinical case <i>E.Yu. Yemelyanova, T.I. Ivanova, O.E. Krakhmaleva, M.A. Sharamkova</i>
Психолого-педагогическое сопровождение матери и ребенка раннего возраста с расстройствами аутистического спектра <i>В. В. Игнашина</i>	23	Psychological and pedagogical support of a mother and a child of early age with disasters of autististic spectrum <i>V.V. Ignashina</i>
Особенности развития игровой деятельности детей дошкольного возраста с ранним детским аутизмом <i>А.А. Матяж</i>	26	Features of development of game activity pre-school children with early child autism <i>A.A. Matyazh</i>
Особенности детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей раннего возраста с расстройствами аутистического спектра <i>А. В. Панченко</i>	30	Peculiarities of children-parent relations in families, educating children of early age with automatic spectrum disorders <i>A.V. Panchenko</i>
Изучение предметно-практической деятельности у детей раннего возраста с расстройствами аутистического спектра <i>Е. И. Рясная</i>	34	Studying of subject-practical activity in children of ear- ly age with automatic spectrum disorders <i>E. I. Rysnaya</i>
Метод анализа видеоматериалов в изучении взаимодействия матери и ребенка раннего возраста с аутизмом или расстройствами аутистического спектра <i>Д. Ю. Саркеева</i>	40	Method of analysis of video materials in the study of the interaction of mother and a child of early age with autism or disorders of authistic spectrum <i>D. Yu. Sarkeeva</i>

Колонка редактора

Уважаемые коллеги!

Текущий номер сетевого издания «Омский психиатрический журнал» впервые полностью посвящен одной проблеме – аутизму у детей.

Всемирный день распространения информации о проблеме аутизма (World Autism Awareness Day), отмечаемый ежегодно 2 апреля, начиная с 2008 года, установлен резолюцией Генеральной ассамблеи ООН № A/RES/62/139 от 18 декабря 2007 года.

Цель этой даты — подчеркнуть необходимость помогать людям, страдающим неизлечимым заболеванием, и повышать уровень их жизни. Ведь численность детей, страдающих аутизмом, высока во всех регионах мира и имеет громадные последствия для детей, их семей, общин и обществ.

Предполагается, что день 2 апреля специализированные государственные и общественные организации должны посвящать распространению информации об этом заболевании — например, проводить лекции или выпускать буклеты.

Также в рамках Дня, который каждый год посвящен определенной теме, проводятся конференции, где обсуждаются стратегии и подходы относительно вопросов опеки, независимости и правоспособности людей, живущих с аутизмом.

Аутизм — это нарушение развития нервной системы, которое проявляется в течение первых трех лет жизни. Это заболевание диагностируется при наличии трех симптомов: недостатка социальных взаимодействий, нарушенной взаимной коммуникации, ограниченности интересов и повторяющегося репертуара поведения.

Примеры описания этих признаков можно найти в исторических источниках, появившихся задолго до введения самого термина «аутизм». К примеру, в записях застольных бесед Мартина Лютера содержится упоминание двенадцатилетнего мальчика, возможно, больного тяжелой формой аутизма. Прослеживаются симптомы болезни и в описаниях «дикого мальчика из Аверона» — Маугли 18 века, обитавшего во французских лесах и попавшего к людям в возрасте 12 лет.

Сам термин «autismus» был предложен швейцарским психиатром Эйгеном Блейлером в 1910 году при описании симптомов шизофрении. В основу этого неолатинизма, означающего «ненормальное самолюбование», он положил греческое слово «ауто» («сам»), намереваясь подчеркнуть «уход пациента в мир собственных фантазий, любое внешнее воздействие на кото-

рый воспринимается как нестерпимая назойливость».

Но, при условии надлежащей поддержки, учета потребностей и благожелательного отношения, люди, страдающие этим неврологическим отклонением, могут пользоваться равными возможностями и полноправно и продуктивно участвовать в жизни общества.

В резолюции ООН подчеркивается, что на протяжении всей своей истории организация уделяет особое внимание улучшению благосостояния инвалидов, в том числе детей с трудностями в развитии. Так, в 2008 году вступила в силу Конвенция о правах инвалидов, подтверждающая фундаментальные принципы всеобщих прав для всех.

РДА, не входящий в спектр шизофренической симптоматики, характеризуется нарушениями всех сфер психики – сенсомоторной, перцептивной, познавательной, речевой и эмоциональной, а также недостаточно развитым социальным взаимодействием с окружающими. Согласно МКБ-10 среди нарушений психологического развития выделяют детский (типичный) аутизм и атипичный аутизм. Симптоматика детского аутизма проявляется в возрасте до трех лет, тогда как признаки психических нарушений при атипичном аутизме наблюдаются после трех лет.

В связи с проблемой аутизма актуальны вопросы диагностики данного нарушения, симптоматика которого имеет сходство с другими нарушениями нервно-психического развития. Детям с ранним детским аутизмом в первые 2-3 года жизни возможна постановка ошибочного диагноза, поэтому необходима четкая дифференциация РДА и других заболеваний, имеющих аналогичные внешние проявления.

Частота встречаемости РДА колеблется от 4 до 6 на 10000 детского населения. Соотношение мальчиков и девочек составляет примерно 4-5 / 1. IQ детей с РДА более чем в двух третях случаев ниже 70.

Клиническая картина аутистического синдрома у детей с РДА определяется проявлениями отрешенности, неспособностью к формированию общения, к осознанию посторонних персон и неодушевленных предметов /явлениями протодиакриза/, отсутствием подражания, реакций на комфорт и дискомфорт, монотонно-однообразным характером поведения с "симптомами тождества". Для них характерно господство влечений, противоположные желания, аффекты, представления, отсутствие единства и внутренней логики в поведении.

Эмоциональная реакция на близких ослаблена вплоть до полного внешнего ареагирования (так называемой "аффективной блокады"). Недостаточная реакция на зрительные и слуховые раздражители придает детям сходство со слепыми и глухими. Во внешнем облике таких детей при обычной миловидности обращает на себя внимание взгляд, обращенный и пустоту, во внутрь себя, «взгляд мимо», с преобладанием зрительного восприятия на периферии поля зрения. Моторика, как правило, угловатая, движения неритмичные, "закостенелые" или неточные, с тенденциями моторных стереотипий в пальцах, кистях рук, ходьбы на цыпочках, однообразного бега, прыжков с опорой не на всю ступню. Речь обычно не направлена к собеседнику, отсутствует экспрессия, жестикуляция, голос то тихий, то громкий, произношение звуков варьирует от правильного до неправильного. Часто наблюдаются отклонения тональности, скорости, ритма, отсутствие интонационного переноса, эхолалии, бессвязность, невозможность вести диалог. Длительно сохраняется тенденция к манерному словотворчеству. Характерны краткие фразы с «рыхлыми» ассоциациями, смещением мыслей, отсутствием личных глагольных и местоименных форм.

У многих детей отмечаются нарушения инстинктивной жизни, инверсия цикла сна, перверзность аппетита, изменчивость мышечного тонуса до гипотонии или гипертонии. После полутора-двух лет становится отчетливой диссоциация развития личности с нарушением последовательности вытеснения примитивных функций сложными в пределах всех сфер деятельности.

Степень выраженности аутизма неодинакова, что несомненно зависит от генетической предрасположенности и внешних факторов (большинство авторов выделяют 4 степени РДА). К 3-5 годам жизни ребенка дизонтогенетические проявления в круге аутистического синдрома достигают своей наибольшей выра-

женности; в дальнейшем этот тип расстройств нередко становится почти идентичным расстройствам при аутистической шизоидной психопатии типа Аспергера. Близкого порядка личностные расстройства аутистического типа могут иметь место и у детей с негрубыми резидуальными состояниями вследствие минимальной мозговой дисфункции или более явных органических резидуальных поражений головного мозга.

Лечебная помощь строится на базе индивидуальной клинической верификации состояния ребенка и представлена разными лечебными профилями: психофармакотерапией, психотерапией (индивидуальной и семейной), физиотерапией, массажем и др. Фармакотерапия направлена на купирование психопатологических проявлений болезни, профилактику вегето-сосудистой и вегето-висцеральной дистоний, активизацию ребенка и ослабление психического напряжения. Медикаментозное лечение должно соотноситься с высокой чувствительностью маленьких аутистов к нейролептикам, транквилизаторам и необходимостью пребывания ребенка в условиях дома, в пути, с неустойчивой его активностью.

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

В настоящем выпуске журнала представлены как работы омских психиатров, так и наших коллег из Омского государственного Педагогического университета, которые давно и плодотворно работают в области психолого-педагогического сопровождения детей, страдающих аутизмом. Приведены клинические наблюдения данной патологии и результаты оригинальных исследований.

**Правление Омского общества психиатров.
Редакционная коллегия.**

ИСТОРИЯ ПОДРОСТКОВОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОМСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Л.А. Берлова, И.Н. Варцаба

*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой»*

rc-rac@mail.ru

Аннотация. Первые психиатрические отделения для подростков были открыты в Москве и Ленинграде в 60-е годы прошлого века. В 1979 в структуре Омской психиатрической больницы организуется одно из первых в Советском Союзе подростковое отделение. Медицинская помощь оказывается пациентам в возрасте от 15 до 18 лет, направленных врачами детского подросткового психоневрологического диспансера либо доставленных службой скорой помощи в связи с психическими заболеваниями. Организация лечебной и реабилитационной помощи характеризуется комплексным подходом, включающим медикаментозное лечение, психологическую и психотерапевтическую работу, обучение по школьной программе. Активно применяются все современные методы лечения, решаются экспертные вопросы.

Ключевые слова. Психиатрическая помощь подросткам.

HISTORY OF ADOLESCENT DEPARTMENT OF OMSK PSYCHIATRIC HOSPITAL

L.A. Berlova, I.N. Vartsaba

Abstract. The first psychiatric wards for adolescents were opened in Moscow and Leningrad in the 1960s. In 1979, the structure of the Omsk Psychiatric Hospital organized one of the first in the Soviet Union adolescent unit. Medical care is provided to patients between the ages of 15 and 18 who are referred by the doctors of the children's adolescent psycho-neurological dispensary or delivered by the ambulance service for mental illness. The organization of medical and rehabilitation care is characterized by an integrated approach, including drug treatment, psychological and psychotherapeutic work, training in the school curriculum. All modern methods of treatment are actively used, expert questions are being resolved.

Keywords. Psychiatric care for adolescents.

Проблема сохранения и укрепления здоровья подростков в современных условиях исключительно значима и актуальна. С каждым годом возрастает количество подростков, у которых проявляются какие-либо признаки психического не здоровья. Подростковый возраст - это время между детством и взрослым состоянием, когда происходит формирование установок, ценностей и стиля жизни. Это самый долгий переходный период, который характеризуется рядом физических и психологических изменений. Американский психолог Стенли Холл назвал подростковый период периодом «Бури и натиска». Так как в личности подростка сосуществуют прямо противоположные потребности и черты. Присущи предельная неустойчивость настроения, поведения, постоянные колебания самооценки, ранимость, неадекватные реакции. Этот возраст богат конфликтами и осложнениями.

Первая попытка содержать подростков в психиатрической больнице отдельно от детей и взрослых была предпринята в Западной Европе, в частности во Франции в начале 50-х годов. Детские психиатрические больницы создавали специальные отделения для подростков 12-15 лет. В 60-х годах в Соединенных Штатах Америки начали создаваться подростковые отделения в психиатрических больницах. В Нью-Йорке была осуществлена попытка открыть специаль-

ную подростковую психиатрическую больницу, но оказалась не успешной.

В нашей стране специальная система психиатрической помощи подросткам начала создаваться в конце 60-х годов. Первые психиатрические отделения для подростков были открыты в Москве и Ленинграде. Становление подростковой психиатрии тесно связано с именем доктора медицинских наук, профессора Андрея Евгеньевича Личко.

А.Е. Личко — автор около 200 научных трудов. Часть из них отражают его исследования в области инсулиношоковой терапии психозов, результаты которых им были обобщены в монографиях «Инсулиновые комы» (АН СССР 1962) и «Новое в инсулиншоковом лечении психозов» (Медицина, 1970), за первую из них ему в 1963 г. была присуждена ученая степень доктора медицинских наук.

В те времена эти монографии были настольными книгами всех психиатров Советского Союза. Казалось бы, что Андрей Евгеньевич и далее посвятит себя биологической психиатрии. Но произошло неожиданное для многих коллег — А.Е. Личко стал создавать подростковую психиатрию. Для этого он сформировал в 1970 г. творческий коллектив по изучению проблем подростковой психиатрии. А.Е. Личко развил ряд оригинальных концепций об акцентуациях характера у подростков, о специфических подростковых поведенческих реакциях, об эндоре-

активных психозах у подростков. Итоги этих исследований представлены в книге «Психопатии и акцентуации характера у подростков» (1-е издание в 1977 г., 2-е в 1983 г.) и руководстве «Подростковая психиатрия» (1-е издание в 1979 г., 2-е — в 1985 г.). За монографию о психопатиях А.Е. Личко был удостоен Почетного диплома им. В.М. Бехтерева АМН СССР. Эти книги, а также «Шизофрения у подростков», «Подростковая наркомания» стали настольными книгами психиатров страны. Существенный вклад он внес также в развитие медицинской психологии, особенно психологической диагностики и патохарактерологии. Широкое признание получил разработанный под его руководством Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) для подростков, предназначенный для оценки психопатий и акцентуаций характера в указанном возрасте. Патохарактерологический диагностический опросник стал одной из первых отечественных типологических методик, основанных на принципе классификации.

Причиной выделения подростковой психиатрии послужило то обстоятельство, что начали все более и более проявляться специфические особенности психопатологии подросткового возраста. В этот период времени по миру прокатилась волна подростковой наркомании, алкоголизации. Массовыми явлениями среди подростков стали уходы из дома и бродяжничество, обострились проблемы суицидального поведения, агрессии и жестокости в подростковом возрасте. Но дело не ограничилось только непсихотическими нарушениями поведения. Стало очевидным, что на картину психических заболеваний, даже эндогенных, и по-видимому, наследственно обусловленных, специфические особенности подросткового возраста стали накладывать гораздо более выраженный отпечаток, чем это было ранее.

Предпосылками к созданию специализированных служб, ориентированных на работу с подростками являлось:

1. отсутствие социальной защищенности подростка;
2. изменение структуры заболеваний подростка;
3. отсутствие возможности обеспечения должного уровня медицинской помощи имеющимися традиционными службами;
4. необходимость комплексного подхода к лечению психических заболеваний в подростковом возрасте.

В РФ на протяжении всего времени психиатрическую помощь детям и подросткам отличают бесплатность, общедоступность, территориальный принцип ее оказания, а с 1993 года с внедрением Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» еще и добровольность.

В становлении развития детско-подростковой психиатрической службы в Омской области отмечается ряд этапов. Вначале был открыт кабинет детского психиатра в психоневрологическом диспансере и палаты для детей и подростков в структуре отделений для взрослых. Затем был организован прием подростков в психоневрологическом диспансере. 29 мая 1979 г. в структуре Омской психиатрической больницы организуется одно из первых в Советском Союзе подростковое отделение. Медицинская помощь оказывается пациентам в возрасте от 15 до 18 лет, направленных врачами детского подросткового психоневрологического диспансера либо доставленных службой скорой помощи в связи с психическими заболеваниями. Отличительной особенностью подросткового отделения является наличие пациентов обоих полов, с различными видами психических расстройств и индивидуальными возрастными особенностями этого периода.

У истоков открытия подросткового отделения стояли заведующая Кузнецова Инна Григорьевна, старшая медицинская сестра Алексеева Надежда Николаевна и сестра-хозяйка Карасикова Мария Федоровна.



**Сестра-хозяйка М.Ф. Карасикова,
заведующая отделением И.Г. Кузнецова
и старшая медсестра Н.Н. Алексеева.
1979 г.**

Являясь одним из пионеров, не имея достаточного количества знаний и опыта в работе с пациентами подросткового возраста, весь медицинский персонал активно повышал свой профессиональный уровень. Для работы с подростками нужны были взрослые, которые могли бы служить для них моделью поведения. Роль персонала в подростковом отделении была и остается как модель поведения, нежели чем как сдерживающая сила. В 1984 году подростковое отделение было объединено с детским

отделением и детским диспансером в детско-подростковый комплекс, который стал располагаться на ул. Омская 85.

С этого времени и по настоящее время руководит подростковым отделением врач-психиатр высшей квалификационной категории Варцаба Ирина Николаевна.



**Научный консультант отделения
к.м.н. А.Н. Стаценко и заведующая
отделением И.Н. Варцаба. 80-е годы**

С каждым годом улучшалось качество оказания медицинской помощи, организация досуга пациентов, вводились новые методы диагностики и лечения. В частности, были введены должности врача-психотерапевта, медицинского психолога и отделение одно из первых стало работать по типу полипрофессиональной бригады. С реабилитационной целью с 1987 года был выделен режим дневного пребывания. Что в значительной мере улучшило адаптацию, пребывание и реабилитацию пациента. Так же в лечебно-диагностический процесс внедрено обучение по общеобразовательной и коррекционной программам. Для обучения был оборудован класс, проведено оснащение учебной литературой

На протяжении всего времени изучались принципы психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации больных. Процесс социальной реабилитации в подростковом отделении организовывался только в деятельности (игровая, учебная, трудовая). Проводились психосоциальные тренинги, музыкотерапия, сказкотерапия, куклотерапия, вовлечение подростков в освоение новых методик и техник прикладного искусства. В отделении была введена лечебная гимнастика, трудотерапия. Для пациентов проводились вечера отдыха, досуговые мероприятия. Был сформирован совет самоуправления. Особое внимание уделялось вопросам профессиональной квалификации сотрудников. Медицинский персонал проходил аттестацию на рабочем месте. Опыт работы показал необходимость омоложения медицинского персонала и на работу

стали принимать выпускников медицинских колледжей.

Подростковое отделение в тесном сотрудничестве с кафедрой психиатрии ОГМА служит методической и научной базой для изучения подростковой патологии различных форм. На базе отделения было написано две кандидатских и одна докторская диссертации. Долгое время организационно-методическую, консультативную и учебную работу с учетом специфики подросткового отделения проводил к.м.н, сотрудник кафедры психиатрии и наркологии ОГМА Стаценко Александр Николаевич.

В настоящее время данная работа проводится заведующим кафедрой, профессором Дроздовским Юрием Викентьевичем.



**Консультация д.м.н. профессора
Ю.В. Дроздовского в подростковом отделении**

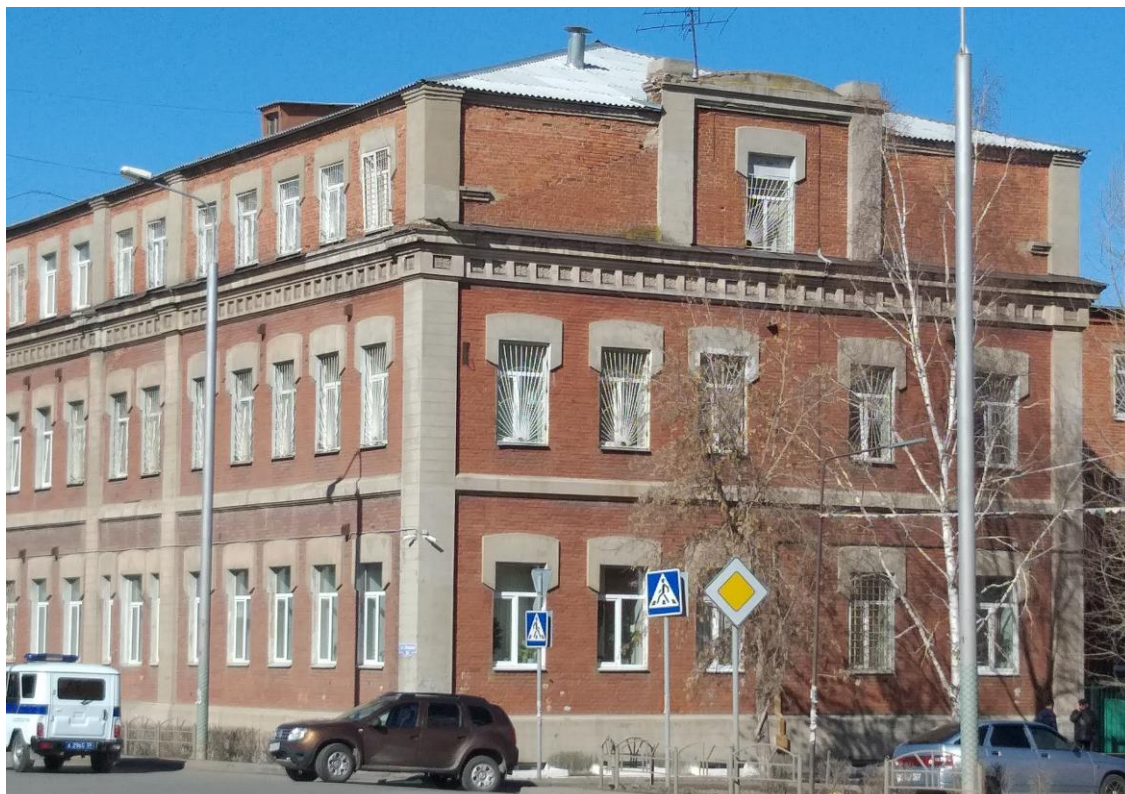
29 мая 2019 года подростковому психиатрическому отделению №12 исполняется 40 лет. В настоящее время курирует работу подросткового отделения заместитель главного врача по детско-подростковой службе Крахмалева Ольга Евгеньевна. Медицинскую помощь оказывают заведующий отделением, 3 врача-психиатра, 9 медицинских сестер, 14 человек младшего медицинского персонала, медицинский психолог, старший воспитатель.

Организация лечебной и реабилитационной помощи характеризуется комплексным подходом, включающим медикаментозное лечение, психологическую и психотерапевтическую работу, обучение по школьной программе. Активно применяются все современные методы лечения, решаются экспертные вопросы. На высоком уровне находится материально-техническое оснащение. По единым подходам и требованиям организованы рабочие места и оборудованы всем необходимым, проведен качественный ремонт всех помещений, установлена новая современная мебель, рабочие места оснащены оргтехникой.

История подросткового отделения – это страницы, наполненные добросовестным тру-

дом, профессиональными победами и успехами нескольких поколений профессионалов. На протяжении всего времени коллектив отделения сохранял и преумножал традиции, заложенные ее основателями. Сегодня коллектив подросткового отделения это высокопрофессиональная,

сплоченная команда, способная решать задачи по оказанию качественной медицинской помощи пациентам, адаптации пациентов в современном мире, формированию чувства ответственности за свое здоровье.



Здание по ул. Омской, 185, где расположено подростковое психиатрическое отделение

СПЕЦИФИКА ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

А. В. Блажевич

*Региональный ресурсный центр психолого-педагогического сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра «Открытый мир»,
Казенное образовательное учреждение «Адаптивная школа №17»*

rc-rac@mail.ru

Аннотация. В статье рассматриваются особенности организации логопедической работы с детьми, имеющими расстройства аутистического спектра. Уточняются этапы и специфические приемы работы логопеда с аутичными детьми, имеющими различные особенности речевого развития.

Ключевые слова. Расстройства аутистического спектра у детей, логопедическая работа, приемы логопедической работы.

SPECIFICATION OF LOGO PEDAL WORK WITH CHILDREN WITH A DISORDER OF AUTHISTIC SPECTRUM

A.V. Blazhevich

Abstract. The article discusses the features of the organization of speech therapy work with children with autism spectrum disorders. The stages and specific methods of work of a speech therapist with autistic children who have different features of speech development are specified.

Keywords. Disorders of autism spectrum in children, speech therapy work, speech therapy techniques.

Современные тенденции развития дефектологической науки требуют включения ребенка с расстройством аутистического спектра (РАС) в систему образования. В связи с этим специалисты массовых и адаптивных образовательных учреждений сталкиваются с детьми, имеющими аутизм или его черты, требующие понимания специфики нарушения, подбора специальных методов и приемов работы. Педагоги испытывают трудности в организации данной категории детей на занятиях, в осмыслении и переносе полученных знаний в практику, в провокации и расширении самостоятельных высказываний.

Говоря о речевом развитии детей с РАС, отметим, что оно вариативно. В зависимости от групп аутистического развития, сформулированных О.С. Никольской, у данной категории детей можно выявить специфику развития речи. У первой группы детей речь представлена отдельными вокализациями, применяющимися в аффективно насыщенных моментах. У детей второй группы можно встретить эхолалические слова и отдельные фразы, которые не используются для коммуникации. Речь детей третьей группы представлена развернутыми стереотипными монологами с обилием неуместных цитат из понравившихся книг или мультфильмов. Для детей четвертой группы характерны самостоятельные высказывания, с обилием аграмматизмов, нарушением просодического компонента, но большая часть словаря представлена стереотипными высказываниями. Так речь детей с РАС может иметь разные вариации: от отдельных вокализаций до объемных развернутых монологических высказываний. Однако общим явля-

ется то, что речевые средства не используются детьми с аутизмом для коммуникации, выступая чаще аутостимуляцией.

В связи с этим актуальным становится разработка и описание направлений и задач работы, которые бы учитывали специфику речевого развития детей и трудности организации, которые у них наблюдаются. Так нами было выделено 4 этапа работы: 1) установление устойчивого эмоционального контакта; 2) растормаживание (провокация) речи; 3) расширение, обогащение и осмысление высказываний; 4) классическая логопедическая работа. Каждый из этапов работы реализуется последовательно и имеет свою специфику, зависящую от того уровня речевого развития, на котором находится ребенок с РАС. Перейдем к более подробному описанию этапов работы.



Этап установления устойчивого эмоционального контакта является подготовительной частью работы со всеми детьми с РАС, вне зависимости от того, к какой группе он относится и какими речевыми возможностями облада-

ет. На данном этапе ребенок знакомится с новым специалистом и с кабинетом, в котором будут проходить занятия, усваивает некоторые правила, формируется стереотип занятия, расширяется понимание речи. Для этого логопед использует эмоционально-смысловой комментарий, представляющий собой озвучивание тех впечатлений, которые привлекли внимание ребенка в данный момент, и объединение их в единый сюжет.

Для каждой группы детей логопед варьирует такой комментарий. Первая группа: развернутый эмоциональный комментарий со множеством деталей. Вторая группа: комментарий исключает слова с ярким негативным значением, которые могут вызвать длительное застревание на этих словах и выражениях. Третья группа: комментарий носит эпизодический характер (логопед задает уточняющие вопросы) и связан с стереотипными интересами ребенка. Четвертая группа: комментарий нейтральный, обстоятельный, со множеством деталей, разговор логопед выстраивает через маму или через логопедическое зеркало.

Этап считается освоенным, когда дети с РАС спокойно заходят в кабинет, длительно вступают в контакт, смотрят в глаза специалисту, принимают задания, которые он предлагает, подражает за логопедом.



Этап растормаживания (провокации) речи – важный этап работы со всеми детьми с РАС и представляет собой вызывание речи через эмоциональное стимулирование.

Работа с детьми первой группы направлена на провокацию речи, поскольку их речь представлена отдельными вокализациями. Логопед решает следующие задачи: провоцирование непроизвольному подражанию действиям, мимике, интонации взрослого; провоцирование ребенка на эхолалии и непроизвольные словесные реакции; расширение и осмысление имеющихся у ребенка вокализаций. Для этого используется эмоциональный комментарий, с включением любимых песенок, стихотворений, потешек в эмоциональные и тактильные игры.

Также для расширения вокализаций ребенка логопед повторяет за ним звуковые ряды, копируя интонацию и тембр, и включает их в общий сюжет игры. Такой подход обусловлен тем, что есть негативный опыт в развитии речи у детей с РАС, а такое эмоциональное стимулирование порой является единственным способом провокации и растормаживания речи. Этап считается освоенным данной категорией детей, когда в речи наблюдаются разнообразные вокализации, облегченные, звукоподражательные и общепотребительные слова.

Работа с детьми второй группы направлена на растормаживание речи, поскольку их речь представлена эхолалическими стереотипными высказываниями и в провокации речи они не нуждаются. Логопед решает следующие задачи: растормаживание словесных реакций; расширение и осмысление стереотипных фраз; развитие речевой инициативы. Для этого используются двигательные и стихотворные ритмы, с добавлением пауз, повторение речевого шаблона за ребенком и включение его в словесный комментарий игры, предоставление речевых шаблонов в ситуации контакта (суфлировать). Этап считается освоенным данной категорией детей, когда в речи ребенка появляются самостоятельные высказывания, которые используются для коммуникации.

Дети третьей группы не нуждаются в растормаживании речи, так как их речь состоит из объемных монологических высказываний-цитат, однако для них необходима провокация диалогической речи. С этой целью логопед создает живую ситуацию общения, подкрепленную интересами ребенка, используя приемы совместного рисования, совместного рассматривания картинок из любимых книг. Этап считается освоенным, когда ребенок вступает в диалог, использует речевые средства для коммуникации.

С детьми четвертой группы работа ведется по растормаживанию самостоятельных высказываний, поскольку их словарный запас представлен стереотипной неосмысленной речью. Для этого логопед использует приемы, аналогичные первой и второй группы: эмоциональные и тактильные игры, сопровождающиеся динамичными стихотворными текстами; повторение речевых шаблонов за ребенком и включение их в общий сюжет игры; предоставление речевого образца в коммуникативной ситуации. Этап считается освоенным, когда в речи детей четвертой группы наблюдаются самостоятельные высказывания, с обилием аграмматизмов.

Этап обогащения, расширения и осмысления высказываний необходим детям второй, третьей и четвертой группы, поскольку в данных случаях возможно выйти к развернутой речи. В случае с детьми первой группы, если не удалось выйти к речи к школьному возрасту, то используют методы альтернативной коммуникации.



С остальными детьми с РАС логопедическая работа по обогащению, расширению и осмыслению высказываний строится по следующим принципам. Во-первых, логопедическая работа должна строиться по принципу от общего к частному: от речевой ситуации к слову при расширении словаря, от слова к букве при обучении грамоте и др. Во-вторых, работа над речью предполагает в игровой форме предъявление правильного речевого образца и включение высказываний ребенка в общий сюжет. В-третьих, развитие способности к последовательному изложению событий осуществляется в процессе обсуждения прошедших (будущих) событий в жизни ребенка. Учет данных принципов обусловлен тем, что детям с РАС не доступен осмысленный перенос, полученный знаний и умений в практику. Так знакомство с новыми словами вне коммуникативной ситуации усваиваются механически и не используются в реальной ситуации.

В качестве расширения и осмысления вы-

сказываний логопед использует приемы: совместной игры, совместного рисования, совместного чтения. Этап считается освоенным, когда дети с РАС пользуются самостоятельными, развернутыми, осмысленными высказываниями как средство коммуникации.

Уделив внимание работе над речью, учитывая специфику речевого развития у детей с РАС, мы можем переходить к этапу классической логопедической работы, которую также необходимо выстраивать с учетом ряда правил.

Работу над речью всегда предваряет этап установления контакта, формирования стереотипа занятия, вне зависимости от того, какими речевыми возможностями обладает ребенок с РАС.

Логопеду необходимо учитывать поведенческие особенности: не провоцировать агрессию или концентрацию на аффективно насыщенных высказываниях, не использовать прямых вопросов, не использовать выражений с переносным значением.

Изолированная отработка отдельных речевых навыков (правильное произнесение звуков, работа над грамматическим строем и др.) приводит к механическому усвоению. Поэтому весь речевой материал должен быть связан с личным опытом ребенка, с его интересами и включен в специально созданную коммуникативную ситуацию. Структура логопедического занятия должна быть гибкой, должна учитывать интересы ребенка.

Таким образом, мы попытались описать содержание логопедической работы с детьми с РАС с учетом их поведенческих особенностей, а также особенностей их речевого развития. Данная работа способствует провокации и растормаживанию высказываний, их расширению и осмыслению, а также использованию их в коммуникации с окружающими людьми.

Литература

1. Дети и подростки с аутизмом / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг, Р.К. Ульянова, Т.И. Морозова. - М.: Теревинф, - 2005. - 224 с.
2. Додзина, О.Б. Отражение особенностей взаимодействия с предметным и социальным миром в лексическом развитии детей с аутизмом : автореферат дис. ... канд. психол. наук : 19.00.10 : защищена 18.01.07 / Оксана Борисовна Додзина. - М., 2007. - 24 с. - Библиогр.: с. 24.
3. Додзина, О.Б. Психологические характеристики речевого развития детей с аутизмом / О.Б. Додзина // Дефектология. - 2004. - № 6. - С. 44-52. - Библиогр.: с. 52.
4. Никольская, О.С. Проблемы обучения аутичных детей / О.С. Никольская // Дефектология. - 1995. - №2.



РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РАБОТЕ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРИГАДЫ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, СТРАДАЮЩИМ АУТИЗМОМ

Н.А. Блинова, И.В. Пырина

*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодниковой»*

nataha24.11.74@mail.ru

Аннотация. В статье раскрывается роль медицинской сестры в работе полипрофессиональной бригады при лечении аутизма. Медицинские сестры проводят работу по созданию психотерапевтической среды, эмоциональной поддержке пациентов с помощью методов проведения располагающих (поддерживающих) бесед. Медицинская сестра в реабилитационном процессе участвует в формировании социальных навыков аутичного ребенка, а также оказывает помощь близким родственникам в повседневной деятельности по уходу и воспитанию пациентов.

Ключевые слова. Расстройства аутистического спектра, сестринская помощь.

THE ROLE OF THE MEDICAL NURSE IN THE WORK OF THE POLYPROFESSIONAL TEAM IN THE RENDERING OF MEDICAL ASSISTANCE TO CHILDREN WITH AUTISM

N.A. Blinova, I.V. Pyrina

Abstract. The article reveals the role of the nurse in the work of the poly-professional team in the treatment of autism. Nurses are working to create a psychotherapeutic environment, emotional support of patients with the help of methods of conducting disposing (supporting) conversations. The nurse participates in the rehabilitation process in shaping the social skills of the autistic child, and also assists close relatives in the daily activities for the care and education of patients.

Keywords. Autism spectrum disorders, nursing care.

В последние годы, проблеме аутизма и расстройствам аутистического спектра уделяется большое внимание. В целях привлечения международного внимания к проблеме аутизма, затрагивающего миллионы людей в мире, в 2008 году Генеральной Ассамблеей ООН день 2 апреля был провозглашён Всемирным днём распространения информации о проблеме аутизма, который с тех пор отмечается ежегодно. В день распространения информации об аутизме по всему миру зажигаются синие огни. Синим светом подсвечиваются здания, памятники, мосты и другие постройки в разных городах. В этот день во всем мире говорят об этих людях, чтобы окружающие могли знать, как понять и взаимодействовать с ними, какие существуют проблемы, мешающие им чувствовать себя полноценными членами общества.

Аутизм – серьезное комплексное нарушение развития, при котором затруднено формирование социальных контактов с внешним миром и другим человеком, оказывающее заметное влияние на жизнь ребенка и окружающих его людей. Обычно проявляется в течение первых трех лет жизни.

Раньше аутизм считался редким расстройством, сейчас очевидно, что это не так. Специалисты научились определять и выявлять различные проявления нарушений при аутистических расстройствах, благодаря чему стало понятно, что аутистические расстройства есть примерно у каждого сотого ребенка, причем у мальчиков в четыре раза чаще, чем у девочек. По данным Всемирной организации здраво-

охранения аутизмом страдают 67 миллионов человек в мире, согласно последним данным каждый год в мире становится на 13% больше детей с аутизмом. В России насчитывается более 31 тысячи детей с аутизмом.

Аутизм нельзя «перерастить» и вылечить. Тем не менее, исследования показывают, что ранняя диагностика и помощь существенно улучшают качество жизни людей с аутизмом, помогая им социализироваться.

В последние годы изменились подходы к организации и оказанию психиатрической помощи «необычным» детям с акцентом на оказание помощи в амбулаторных условиях, т.к. госпитализация аутичного ребенка, одержимого страхом перемен, в психиатрический стационар чревата возникновением психических расстройств и регрессом приобретенных навыков. В Омской области медикаментозная терапия и психосоциальная реабилитация детям с аутизмом при отсутствии острого психоза осуществляется в психиатрическом диспансерном отделении для детей и подростков и отделении интенсивного оказания психиатрической помощи для детей и подростков БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодниковой». Отделения оказывают лечебно-диагностическую помощь, проводят психосоциальную реабилитацию городским и сельским детям в привычной для них микросоциальной среде без отрыва от семьи, детского сада и школы.

Лечение аутизма – процесс, требующий индивидуального подхода к каждому ребенку в зависимости от выраженности его симптомов, а

также от наличия каких-либо сопутствующих аутизму нарушений и других расстройств. Некоторые дети с аутизмом нуждаются в интенсивной помощи для того чтобы приобрести основные навыки социального поведения, научиться говорить. Многие дети при этом могут самостоятельно обучаться сложным умениям и больше нуждаются в поддержке с учетом их особенностей восприятия и мышления в школе и дома, чем в интенсивной терапии.

Коррекционная работа с аутичным ребенком проводится комплексно полипрофессиональной бригадой, состоящей из детского психиатра, психотерапевта, психолога, логопеда, специалиста по социальной работе и медицинской сестры.

Работа специалистов полипрофессиональной бригады направлена, прежде всего, на снижение ассоциированных с аутизмом дефицитов и напряжения в семье, повышение качества жизни и функциональной независимости аутиста. Она всегда индивидуальна, т.к. не существует единого оптимального метода терапии и реабилитации.

Основные задачи полипрофессиональной бригады при лечении и реабилитации детей с аутизмом:

- установление диагноза,
- установление уровня развития отдельных психических функций и особенностей поведения,
- установления уровня нарушения интеллектуально-мнестических функций и уровня эмоционально-волевой сферы,
- коррекционная психолого-логопедическая работа,
- социально-психологическая поддержка семьи,
- психофармакотерапия.

Психофармакотерапия облегчает психолого-логопедическую коррекцию, способствует снятию болезненных проявлений (тревоги, страхов, психомоторного возбуждения, навязчивых явлений, стереотипий в поведении), поднятию общего и психического тонуса, что делает аутичного ребенка более доступным к психотерапии, воспитанию и обучению. В лечении применяются ноотропные препараты, церебропротекторы, нейролептики, транквилизаторы, витаминотерапия.

Все диагностические и лечебно-реабилитационные мероприятия для детей с аутизмом проводятся в соответствии со специально разработанным для этих целей планом по следующим направлениям: коррекция эмоциональной сферы, формирование поведения и социально-бытовая адаптация.

Улучшения адаптации детей к внешнему миру отмечаются при использовании некоторых методик психосоциальной помощи - программ интенсивного, длительного специального

образования и поведенческой терапии на ранних этапах жизни, которые помогают ребёнку в освоении навыков самопомощи, общения, способствуют обретению навыков обучения, часто повышая уровень функционирования, снижая тяжесть симптомов и неадаптивного поведения. Это логопедическая терапия, психотерапия, психообразовательные беседы и занятия. Огромное место отводится психообразовательным занятиям в форме игротерапии, арттерапии, библиотерапии, обучению социальным навыкам, таким как «Правила личной гигиены».

Через игровую деятельность можно обучать. Аутичные дети любят манипулировать предметами. В отличие от обычных сверстников аутичные дети надолго «застывают» на этапе изучения предметного мира. При этом аутичного ребенка часто удается научить действовать целенаправленно с предметами и игрушками в соответствии с заложенным в них смыслом собрать пирамидку, построить башню из кубиков, нанизать бусы на нитку. Однако не следует замечать лишь отрицательные стороны подобного отношения к предметам и игрушкам. Выделение ребенком отдельных сенсорных свойств, которые ему приятны, ложится в основу проведения с ним сенсорных игр, бесспорно дающих новые возможности развития ребенка.

Большое значение имеет освоение ребенком сюжетно-ролевой игры. Именно в процессе таких игр маленький ребенок может брать на себя разные роли и проживать разнообразные ситуации из социальной жизни. От того, насколько полноценно развивалась сюжетно-ролевая игра в дошкольном детстве, во многом зависят возможности будущей социализации. В игровом проживании сюжетов из жизни людей ребенок учится договариваться, учитывать желания других, отстаивая в то же время свои интересы, быть гибким во взаимоотношениях и т.д. Именно в сюжетно-ролевой игре приобретает ребенок важный и разнообразный социальный опыт.

Чтобы помочь ребенку специалист должен объяснять смысл каждой возникающей ситуации, предлагая при этом ребенку возможные способы действия. И, конечно, следует проигрывать самые разнообразные ситуации из жизни в игре.

Применяются элементы оперантного обучения (поведенческая терапия). Метод предполагает создание внешних условий, формирующих желаемое поведение в самых различных аспектах: социально-бытовом развитии, речи, овладении учебными предметами и производственными навыками. Обучение проводится индивидуально. Метод позволяет овладевать программой массовой школы, получить возможность работать достаточно успешно для того, чтобы обеспечить свое существование.

ТЕАССН- программа – методика при кото-

рой усилия направляются не на адаптацию ребенка к миру, а на создание соответствующих его особенностям условий существования. Усилия направляются на развитие невербальных форм коммуникации, на формирование простых бытовых навыков. ТЕАССН- программа практически никогда не обеспечивает достаточно высокого уровня адаптации к реальной жизни, но она позволяет довольно быстро достичь положительных устойчивых изменений. Цель – добиться возможности жить «независимо и самостоятельно» достигается, но только в особых, ограниченных или искусственно созданных условиях.

Методика комплексной медико-психолого-педагогической коррекции, основанная на представлении об аутизме, прежде всего, как об аффективном расстройстве. Большое значение отводится комплексности – работе полипрофессиональной бригады, усилия которой направлены на коррекцию эмоциональной сферы, на эмоциональное тонизирование ребенка. Такой метод достаточно эффективен при работе с относительно легкими формами детского аутизма, применение его для случаев с тяжелыми формами аутистических расстройств представляет- ся весьма проблематичным.

Роль медицинской сестры в работе полипрофессиональной бригады начинается с обращения к участковому психиатру и с первого этапа приёма ребенка в отделение интенсивного оказания психиатрической помощи для детей и подростков.

Медицинские сестры проводят работу по созданию психотерапевтической среды, эмоциональной поддержке пациентов с помощью методов проведения располагающих (поддерживающих) бесед, игротерапии. Метод игротерапии предполагает участие медицинской сестры в формировании психотерапевтической среды (развитие чувства доверия, расположения, симпатии). Занятия с аутичным ребенком требуют гибкости в применении различных методов обучения и воспитания. Действовать в большинстве случаев приходится в зависимости от ситуации и желаний ребенка. На этапе налаживания контакта с ребенком не надо настаивать на проведении конкретных игр. Порой стоит принять правила игры, предлагаемые ребенком, чтобы через некоторое время он видел в вас союзника, товарища по играм и стал доверять.

Поведение ребенка во время занятия может быть разным, порой неадекватным и агрессивным, однако в любом случае следует сохранять спокойствие, постараться понять, чего он хочет, помочь ему выйти из состояния дискомфорта.

Занятия должны проходить в атмосфере доброжелательности. Все, что происходит на занятии, сопровождается эмоциональным комментарием.

В процессе внедрения в сестринскую реабилитационную практику находится метод индивидуального психообразования пациентов. Разработана программа занятий, состоящая из таких модулей, как «Правила личной гигиены», в основе которой заложены элементы оперантного обучения (поведенческой терапии). Метод предполагает создание внешних условий, формирующих желаемое поведение в социально-бытовом развитии, овладении навыками самообслуживания. Ребенок может быть обучен жизненно необходимым знаниям, умениям и навыкам только тогда, когда уровень предъявляемых требований соответствует его актуальному уровню развития. Определяющее значение имеет доступность предъявляемых заданий, требований по их выполнению. Только при таких условиях можно говорить о сознательном включении в деятельность. Это обуславливает необходимость поиска эффективных мер помощи и поддержки на всем протяжении образовательного маршрута.

Основные задачи медицинской сестры в реабилитационном процессе – это не только установление доверительных отношений с ребенком, проведение социальных навыков, но и помощь близким родственникам в повседневной деятельности по уходу и воспитанию пациентов через установление и поддержание контакта с ними, содействие улучшению среды пациента. Психообразовательные беседы и семейная психотерапия являются неотъемлемой составляющей при оказании помощи таким детям. Родители аутичного ребенка нуждаются в поддержке. Их необходимо научить не сравнивать своего малыша с остальными детьми, адекватно оценивать реальный уровень его развития, его особенности и ориентироваться на динамику достижений самого ребенка, а не на возрастные нормы. А также важно выполнять следующие рекомендации:

- создать дома спокойную, доброжелательную атмосферу с теми режимными ограничениями и особенностями, которые связаны с отклонениями в психическом здоровье ребенка,
- обеспечить своевременный прием медикаментозных средств,
- овладеть основами детской психологии и специальной педагогики с проведением в домашних условиях занятий, рекомендованных специалистами,
- постоянно наблюдать за соматическим и психологическим состоянием ребенка.

ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКОВ СОЦИАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ И ЮНОШЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В УСЛОВИЯХ КЛУБНОЙ РАБОТЫ

В. И. Гаранин

*Региональный ресурсный центр психолого-педагогического сопровождения
детей с расстройствами аутистического спектра «Открытый мир»,
Казенное образовательное учреждение «Адаптивная школа №17»*

vova.garanin.94@inbox.ru

Аннотация. В статье описывается специфика клубной работы с подростками и юношами с расстройствами аутистического спектра по формированию у них навыков коммуникации и социального поведения.

Ключевые слова. Расстройства аутистического спектра, подростковый возраст, социальное взаимодействие, клубная работа.

FORMATION OF SOCIAL BEHAVIOR SKILLS IN ADOLESCENTS AND YOUNG MEN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS UNDER CLUB WORK

V.I. Garanin

Abstract. The article describes the specifics of club work with adolescents and young people with autism spectrum disorders in developing their communication and social behavior skills.

Keywords. Autism spectrum disorders, adolescence, social interaction, club work.

В течение последнего десятилетия в нашей стране активно развивается система помощи лицам с расстройствами аутистического спектра. Важным, а зачастую и основным звеном такой помощи является социальная и образовательная реабилитация. Считается, что максимально раннее начало коррекционной психолого-педагогической помощи позволяет добиться существенных компенсаторных результатов в развитии ребенка с расстройствами аутистического спектра [2]. Однако, не следует рассматривать такую помощь как этап, ограниченный ранним и дошкольным возрастом ребенка. Необходимость специальной психолого-педагогической поддержки аутичного ребенка остается актуальной на всем протяжении его жизненного пути [3]. Именно поэтому вопросы психолого-педагогической помощи подросткам и взрослым с расстройствами аутистического спектра в зоне особого внимания психологической науки и практики [4].

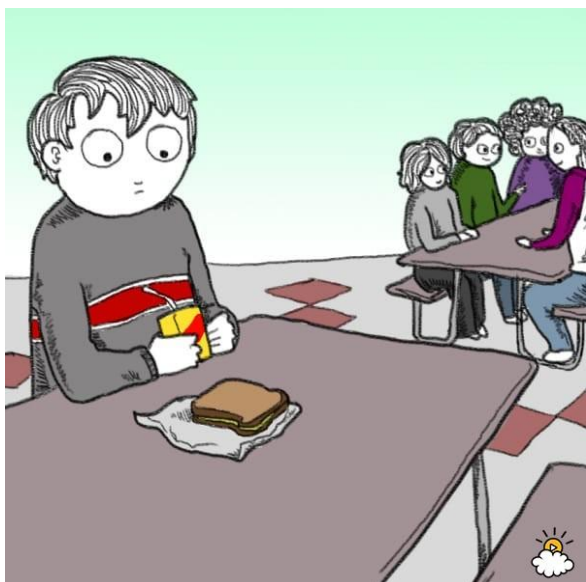
Рассмотрим подробнее период подросткового возраста у аутичных людей. На этом возрастном этапе более остро обнажаются проблемы аутичных людей. Во внешнем облике нередко пропадает присущая в детском возрасте миловидность, бросаются в глаза неспособность соответствовать социальным нормам, иногда специфический внешний вид и проблемы опрятности, проблемы в общении, несамостоятельность, наивность и зависимость от близких взрослых [3,4].

На базе Регионального ресурсного центра психолого-педагогического сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра было организовано изучение особенностей со-

циального поведения подростков с аутизмом с использованием диагностического опросника А.М.Щетинина, Л.В.Кирс «Шкальная оценка сформированности социальных форм поведения ребенка» [1]. В исследовании приняли участие 7 подростков в возрасте от 13 до 16 лет. Диагностическая методика «Шкальная оценка сформированности социальных форм поведения ребенка» предполагает оценку социального поведения ребенка по десяти шкалам, отражающим характер социальных взаимоотношений. Данные шкалы предъявлялись для заполнения несколькими взрослым, сопровождающим подростка с РАС: одному из родителей, ведущему педагогу и педагогу-психологу образовательного учреждения. Эксперты выставляли на каждой шкале значение от -10 до +10, в зависимости от выраженности признака.

Результаты, полученные с помощью данной диагностической методики, показывают недостаточный уровень социального развития и навыков социального поведения подростков и юношей с расстройствами аутистического спектра. Наиболее низкие результаты были получены по шкалам «сочувствие другому», «оказание помощи другому», «согласованность своих действий с действиями окружающих», «подчинение своих интересов интересам других детей».

Практически у всех детей низкие баллы по шкале «сочувствие другому», определяемое в опроснике, как желание утешить и помочь тому, кто огорчен. При этом, среди экспертов, именно родители давали наиболее низкую оценку по данной шкале, указывая на то, что ребенок не обращает внимания на трудности или проблемы окружающих людей.



Среди наиболее проблемных шкал оказалось «оказание помощи другому»: только двое участников из семи имеют оценку со знаком «+». Эксперты отмечали, что зачастую испытуемые не стремятся помочь другим людям, так как не всегда осознают, в каких ситуациях нужно помогать другим, как это сделать, не способны быстро сориентироваться.

Низкие баллы по шкале «согласованность своих действий с действиями окружающих» у пятерых из семи испытуемых. Специалисты уточняли, что дети не только не умеют работать совместно со сверстниками на школьных уроках, но и испытывают трудности в ходе совместной работы с психологом на индивидуальных занятиях.

По шкале «подчинение своих интересов интересам других детей» практических у всех испытуемых отметки с отрицательным значением. Поясняя свой выбор, эксперты утверждали, что испытуемые не умеют и не хотят подчинять свои интересы интересам других детей: кричат на уроках, отбирают игрушки или школьные принадлежности, не дают ответить, перебивают.

В то же время у всех испытуемых высокие значения по шкале «доброжелательность по отношению к другим» (от +5 до +10), из чего был сделан вывод, что стремление к взаимодействию с другими людьми у подростков с расстройствами аутистического спектра имеется, но осложняется трудностями в выстраивании социально приемлемых ритуалов взаимодействия с другими людьми, непониманием социальных норм и правил, социальной негибкостью.

Полученные данные позволили более точно спланировать психолого-педагогическую работу с испытуемыми с целью коррекции и развития навыков социального поведения. В условиях Регионального ресурсного центра в течение пяти лет успешно функционирует такая

форма работы с подростками и юношами, как клуб. Клубная работа дает возможность подростку включиться в коллектив сверстников на основе совместных бытовых занятий, досуга, общения. Особенность клубной работы состоит в максимальной естественности ситуации общения, когда участники спонтанно выбирают себе собеседника, учатся взаимодействовать с людьми в ситуации неопределенности.

Групповая работа в формате клуба представляет собой регулярные встречи группы участников и общение на основе разнообразных совместных впечатлений, организованных ведущими клуба. Обсуждение в доступной форме правил поведения, собственных воспоминаний и впечатлений, освоение на практике социальных ритуалов, алгоритмов поведения в той или иной ситуации дают возможность перенесения полученного опыта в реальную жизнь.

При отработке навыков социального поведения специалисты используют такие приемы и методы работы как беседа, совместное чтение, просмотр фильмов, групповое обсуждение, совместное творчество, совместный труд. Отработка навыков социального поведения включает в себя три этапа.

На первом, подготовительном, этапе проводится индивидуальное занятие в рамках определенной темы. В ходе занятия обсуждаются истории из жизни подростка, сравниваются с похожими фрагментами из фильмов, художественной литературы. Вводится элемент ролевой игры, где отрабатываются алгоритмы социально приемлемого поведения. Основная цель таких занятий – осмысление мотивов поступков других людей, понимание логики поведения в той или иной жизненной ситуации, принятие социальных и этических норм.

Второй этап - отработка навыков социального поведения в реальных жизненных ситуациях. Принимая во внимание факт ограниченности социальной жизни подростка, выход в реальную жизненную ситуацию характеризуется для него непредсказуемостью и неопределенностью. Ситуации таких выходов оказываются важным способом тренировки социальных навыков. Для их отработки организуются такие распространенные ситуации, как прогулка в парке, поездка в общественном транспорте, поход в кинотеатр, магазин, кафе и т.п. Основным методом коррекционной работы на данном этапе является создание проблемных, провокационных ситуаций, которые подростки могут самостоятельно разрешить при дозированной поддержке сопровождающего взрослого.

Рассмотрим спонтанные ситуации, которые были использованы для отработки навыка оказания помощи другому и согласования своих действий с действиями других.

1) Подсчет средств при посещении магази-

на, где подросткам требовалось сосчитать количество имеющихся у каждого денег, соотнести это количество с ценой товара и купить товар «вкладчину», потратив равное количество денег.

2) Совместная покупка билетов в кинотеатре, музее.

3) Соблюдение правил поведения в театре и кино. Например, участники сами сформулировали следующие правила: «Нельзя громко разговаривать во время фильма, чтобы не отвлекать других», «Если это не комедия, и нет смешной шутки, то не нужно громко смеяться», «Если ты опаздываешь, предупреди кого-то из ребят по телефону».

4) Выбор фильма для просмотра. В обсуждении решалась задача по формированию навыка подчинения своих интересов интересам других. Под руководством специалиста все участники высказали свое мнение, и пришли к общему решению.

5) Выбор общественного транспорта для того, чтобы добраться до нужного места. Когда кто-то из подростков хочет ехать на первом попавшемся, а кто-то только на определенном маршруте или определенной марке транспортного средства. Приведем пример диалога:

Инна: Я хочу поехать одна на газели, так будет быстрее

Александр: Мы дождемся автобуса и поедем вместе, я не люблю ездить на газели. Психолог: (высказывается в пользу второго суждения): Мы будем за тебя волноваться, если ты так поздно одна поедешь на газели. Лучше будет, если все вместе сядем на автобус и доедем до дома. Так будет спокойнее всем.

Третий, заключительный, этап работы связан с фиксацией полученного участниками клу-

ба опыта в таких формах, как составление памяток, заполнение страничек личного дневника, оформление по итогам события фотоальбомов с текстами, сочинение социальных историй и обсуждение этих продуктов в группе клуба, а также дома с близкими взрослыми.

Например, на встрече обсуждается выход на каток, где ведущие возвращаются к ситуациям, где участники проявили сочувствие к другому: «Помните, как у Кати руки замерзли, а Тимур это заметил и свои рукавицы ей отдал?»

Таким образом, коррекционная работа по формированию социального поведения у подростков с расстройствами аутистического спектра в формате клубной работы проводится в три этапа. На подготовительном этапе осуществляется подготовка к овладению навыком, она реализуется за счет совместного обсуждения личного опыта подростка, либо восприятия опыта героев фильмов и мультфильмов и соотнесение этого опыта с личной ситуацией. На основном этапе проводится отработка усвоенных социальных навыков в реальной жизненной ситуации, которая может быть специально организована ведущим клуба, а может возникнуть спонтанно. На заключительном этапе полученный опыт фиксируется в виде рефлексированных текстов, и в условиях Клуба обсуждаются действия и мысли участников по поводу события. Таким образом, работа по формированию навыков сочувствия другому, согласования своих действий с действиями других, подчинения своих интересов интересам других, проводится совместными усилиями самих подростков, специалистов и родителей, и может продолжаться достаточно длительное время.

Литература

1. Деникеева, Е.Б. Формирование социального поведения у подростков и юношей с расстройствами аутистического спектра в условиях работы клуба / Е. Б. Деникеева: Выпускная квалификационная работа. - 2018. - Омск. - 70с.
2. Ильченко Н. В., Исаева Е.А. Признаки раннего психического неблагополучия при формировании расстройств аутистического спектра у детей / Н.В. Ильченко // Детство, открытое миру. Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции. – Омск, Издательство ОмГПУ. – 2016. – С.180-184.
3. Костин, И.А. Психологическая помощь подросткам с аутизмом // Альманах Института коррекционной педагогики. 2015. Альманах №23 URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanah-23/psixologicheskaya-pomoshh-podrostkam-s-autizmom> (Дата обращения: 09.03.2019).
4. Костин, И. А. Подростковый возраст и аутизм // Особенности оказания помощи в адаптации аутичных детей в подростковом возрасте. – М.: Тервинф, - 2010



РАННИЙ ДЕТСКИЙ АУТИЗМ: ПРОБЛЕМАТИКА И КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Е.Ю. Емельянова, Т.И. Иванова, О.Е. Крахмалева, М.А. Шарамкова

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Омский государственный медицинский университет»*

*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой»*

tanysikiva@mail.ru

Аннотация. В статье представлен обзор симптомов и возрастная динамика аутизма, принципы психолого-педагогической коррекции, методы и приемы развития альтернативной коммуникации у детей с РАС. Приведено клиническое наблюдение ребенка с данной патологией.

Ключевые слова. Ранняя помощь, расстройства аутистического спектра, коррекционная работа.

EARLY CHILD'S AUTISM: PROBLEMS AND CLINICAL CASE

E.Yu. Yemelyanova, T.I. Ivanova, O.E. Krakhmaleva, M.A. Sharamkova

Abstract/ The article presents an overview of the symptoms and age dynamics of autism, principles of psychological and pedagogical correction, methods and techniques for developing alternative communication in children with ASD. The clinical observation of a child with this pathology is given.

Keywords. Early help, autism spectrum disorders, remedial work.

На сегодняшний день мы наблюдаем рост количества детей с «аутизмом». Большая их часть составляют дети с состояниями из так называемого «аутистического спектра». Распространённость «истинного аутизма» (синдром Каннера) за последние годы не изменилась и составляет 5-10 детей на 10000. При постановке данного диагноза важно помнить, что стереотипные действия, интересы и нарушение коммуникации – еще не аутизм. Часто отмечается, что дети с синдромом Каннера не социализируются, даже при раннем выявлении и максимальной реабилитации. Не смотря на широкое освещение синдрома Каннера в мировой литературе, большая ее часть посвящена раннему инфантильному аутизму.

У детей с данным состоянием до года отмечается нормальное развитие. Первые проявления проявляются в период с года до 1 года 3 месяцев и заключаются в следующих признаках: дети не реагируют на обращения, не просятся на руки, не различают «своих» и «чужих», долго смотрят в «одну точку», не следят за указательным жестом, проявляются интерес больше к предметам, чем к людям. Дети с нормальным развитием с раннего детства выясняют функцию предмета, то есть понимают для чего он, что с ним можно сделать. У детей с синдромом Каннера нет стремления понять, как использовать предмет. Они проявляют интерес к внешним признакам (форма, цвет), к звуку, издаваемому. Частные характеристики преобладают над функцией вещей, их предназначением. Поэтому они выкладывают игрушки в ряды, классифицируя по какому-либо признаку (цвету, форме). Иными словами аутисты не понимают, как играть с игрушкой. Не имея

способности к воображению и творчеству, они не способны к формированию игры, а значит, не могут строить осмысленных взаимоотношений со сверстниками, в которых игровая деятельность является основой коммуникации. Непонимание смысла событий, сути вещей приводит к отрицанию всего нового, феномену «тождества», одному из основных признаков аутизма. Дети с аутизмом не используют содержательных жестов, так как не понимают их значения. Навыки самообслуживания усваивают, но часто не используют самостоятельно. Много парадоксальных проявлений: неприятие конкретных звуков обычной громкости при спокойном отношении к более громким (симптом псевдоглухоты), нет «естественных» страхов при необъяснимых «паниках», необходимость присутствия матери при отсутствии симпатии к ней. Мать воспринимается как «механизм», обеспечивающий стабильность и безопасность. Речевое развитие протекает без выраженной задержки. К 2м годам появляется фраза-штамп без информационного содержания и обращения (симптом фонографа), по сути, механическое звуковоспроизведение раннее услышанного. Наличие речи - один из основных критериев дифференциальной диагностики с алалией и умственной отсталостью. Организовать себя дети не могут, целенаправленной продуктивной деятельности у них нет, нет осознанности в выполняемых действиях. Не осознавая себя, они не используют местоимение «Я» в речи, не выделяют себя из «внешнего мира». В целом нет понимания «живого» и «не живого». У них не развиты интуиция и эмпатия. Действия по аналогии не доступны, что значительно затрудняет процесс обучения. Они живут в мире «букваль-

ности» (например, на сказанное им выражение «уносят ноги», действительно ищут ноги, которые уносят), неспособны воспринимать образы. По сути, мышление у таких детей «предметно-действенное». Динамики в развитии у них не наблюдается. Становясь взрослыми, они не меняются, оставаясь такими же, как в детстве.

Синдром Аспергера встречается крайне редко. Можно отметить некоторое смысловое несоответствие термина «аутистическая психопатия», который часто используется как синоним. Психопатия отражает патологию характера, а аутизм имеет в своей основе нарушение мышления. Кроме того, само понятие «высокофункциональный аутизм» вызывает вопросы. Тем не менее, характерными чертами для этого состояния являются: отсутствие эмпатии и интуиции, не способность к быстрой импровизации, не понимание контекста и подтекста. Такие дети чрезмерно правдивы, серьезны, замкнуты, утрированно правильны. Хотя у них есть привязанность к людям, но отмечается «дефект» в чувствах. Сутью данного состояния является биологический дефект.

Диагностическая или коррекционная работа с детьми с РАС в значительной степени отличается от взаимодействия с детьми, не имеющих данного состояния. Особенности начинаются с организации пространства вокруг ребенка. В кабинете должно быть минимальное количество предметов и мебели, полное отсутствие пособий, за исключением тех. Которые необходимы в данный момент для работы. Обязательно сначала следует период наблюдения за его поведением и кругом интересов, и только потом взаимодействие. Занятия начинаются с фокусирования взгляда на одном предмете, иначе обучение и диагностика невозможны. Используется холдинг-терапия, которую часто относят к радикальным, шоковым методам. В более мягких вариантах подойдет игра в «гляделки» или появление какой-нибудь вещи из-за препятствия (листа бумаги, коробки). Хорошо, если предмет яркий и звучащим. Важно, чтобы глаза ребенка были на уровне глаз специалиста. Любые «прятки» (скрывать предмет и показывать его) способствуют развитию прогнозирования.

В своей работе всегда следует идти от интересов и комфорта ребенка. Там, где он сел, должно быть его рабочее место. Для обучения или диагностики используются «любимые игрушки» (по сути, вещи, которыми ребенок часто манипулирует или просто носит с собой). Через них же в дальнейшем происходит медленное расширение деятельности ребенка через демонстрацию, какие еще действия можно производить (например, катать или кидать). Формирование словаря так же идет от любимого предмета, используя его описание или действия с ним. Важна похвала за «правильную» реакцию.

Снаружи на двери кабинета обязательно должно быть цветное фото кабинета и специалиста на уровне глаз ребенка. Он должен точно знать, что находится в комнате при входе в него. Важно знать все значки и картинки, к которым привык ребенок дома. Они облегчают взаимодействия, а иногда являются единственным способом ориентировки в пространстве (только разместив на дверце шкафа наклейки, которая использована дома, можно дать понять, что одежда или письменные принадлежности находятся там). Так же все вещи ребенка должны быть подписаны его именем или порядковым номером, присвоенным ему в группе/классе. Если не знает букв или цифр, то использовать фото ребенка на его вещах (себя узнает всегда). Фотографии с изображением находящегося внутри шкафа, комнаты должны быть повсюду. Все должно быть предсказуемо для ребенка.

Одним из важных направления является работа с сенсорными системами. Для развития тактильной сферы используют нейробику, приучение к разным текстурам. Часто негативизм на «новое» сохраняется длительно, тем не менее, данные занятия следует продолжать. Необходимо организовать места, где будут зоны для стимуляции разных видов сенсорики, так и наоборот, создающие дефицит стимулов для них. Например, наушники с играющей музыкой и наушники, изолирующие звук. По сути, мы добавляем сенсорных ощущений при их нехватки, изолируем - при переизбытке. При этом ориентируемся по поведению ребенка: например, старается ли он произвести звуки или, наоборот, закрывает уши. Необходимо помнить об индивидуальном подходе и точности стимуляции. У каждого ребенка «свое» прикосновение: кто-то отталкивает легкое прикосновение к плечу, но просит сжать кисть.

Для переключения внимания и завершения задания без крика лучше использовать условный ограничитель (музыка играет, пока ребенок делает задание). Важно заранее готовить детей к смене режима, предстоящим событиям. Важно расписание занятий, календари, чтобы все вещи были на своих местах.

Дети с аутизмом не используют жесты, в том числе «да/нет». Специалистам наоборот необходимо подкреплять все слова и просьбы жестами. Нужно уточнить какие жесты использует мама. Специалисты дублируют друг друга, работая над одной и той же темой, действием. Желательно в работе использовать блиссимволику (интернациональная семантическая языковая система).

Используется ТЕАССН – коррекция: фотографии каждого этапа действия (как сварить кашу). Эрго-терапия (сенсорная интеграция): адаптация окружающего пространства под нужды ребенка. Иными словами, необходимо менять пространство вокруг, а не приспособливать

ребенка к нему. В работе специалисты используют детский жестовый язык, систему социальных истории и «Step by step». Широко распространены в работе АВА-терапия, PECS – система. Последняя методика используется для формирования альтернативного способа общения, когда вместо слов используются карточки с изображениями. Возможность объяснить ребенку просьбу, а ему выразить свое желание, уменьшает поведенческие нарушения, способствует лучшей организации учебной и повседневной деятельности, и главное, способствует развитию интеллекта и мышления. Параллельно с альтернативной коммуникацией продолжается работа над формированием речи.

Дети с аутизмом или РАС требуют особого подхода и длительных занятий. Суть их обучения: сломать или переписать сложившийся стереотип, а так же создать новый. Важно помнить, что все дети с аутизмом разные и работают разными методами в разном возрасте.

Приводим клиническое наблюдение данной патологии.

Сергей С. 2009 г.р. Наследственность психопатологически, со слов матери, не отрицается. Воспитывается матерью единственным ребенком, родители развелись в 2-летнем возрасте мальчика. На момент рождения ребенка отцу 27 лет, матери 23 года. У обоих родителей высшее образование. Мать работает кондитером. Отец в армии не служил по медицинским противопоказаниям, работал в сфере IT-технологий. Отношения с ребенком поддерживал. Со слов матери, по характеру отец замкнутый, неразговорчивый, малообщительный. Родился от 1 благоприятно протекающей желанной беременности. Роды 1 в 40 недель с родовым излитием околоплодных вод. Плацентарная недостаточность компенсированная, маловодие. ЦМВИ. ВПГИ, токсолатентное течение. 3680 гр., оценка по Апгар 7/8 баллов. БП - 11 ч. 20 мин., воды светлые. Выписан из родильного дома был на 5-е сутки с ДЗ: Церебральная ишемия 1 ст., синдром возбуждения. Кефалогематома правой теменной кости. На НСГ в 1 мес. без структурных изменений. Наблюдался неврологом с перинатальным поражением ЦНС, синдромом двигательных нарушений. До года часто закатывался до появления признаков цианоза. Практически все время находился на руках, сильно плакал, если мама его отпускала. Психоречевое развитие проходило с задержкой: сидит с 6 мес., ходит с 1 г. 2 мес., первые слова в 4 года, фразовая речь к 6 лет. До 2,5 лет мать жаловалась на особенности в развитии не выделяла, за исключением отсутствия речи и нежелания гулять на улице. Ребенок о своих желаниях сообщал жестами, мать не игнорировал. Ближе к 3-м годам отмечался регресс в развитии: перестал отзываться на свое имя, внимание к

игрушкам не привлекалось. На громкие звуки реагировал «сильными истериками». Повторял одни и те же действия. К взрослым и детям интереса не проявлял. Ближе к 4 годам начал посещать общеобразовательный детский сад, часто утром плакал, с детьми не контактировал. Ничем не занимался, был сам по себе, игры в виде манипуляций с игрушками. Попытки заговорить со стороны детей или взрослых игнорировал. Иногда по утрам капризничал, мог кинуть что-нибудь, заплакать, закричать, иногда бил по стене руками. Режим в целом в детском саду соблюдал, оставался на тихий час. Навыки самообслуживания на тот момент были сформированы. Привязанность к матери не проявлял, обнимал ее только по просьбе. Выполнял простые просьбы. Умел читать, писать печатными буквами, знал цифры. Дополнительно занимался с логопедом. Отмечалась избирательность в еде: ел только картофельное пюре, макароны, суп с сухарями, чай, конфеты. Любую другую пищу отвергал. В новых местах остался нормально, но быстро терял интерес, начинал кричать и плакать, просился домой. На тот момент говорил фразой, некоторые слова часто употреблял невпопад, не по теме разговора. С детьми и со взрослыми контакта не поддерживал. Новые навыки не мог запомнить продолжительное время, затем неожиданно они проявлялись сами. После ПМПК в 5 лет начал посещать группу для детей с ЗПР, не адаптировался, плакал, отношения с воспитателями не сложились. Проходил в течение 8 месяцев, занимался с дефектологом, который с мальчиком общий язык не нашла. Мать забрала его из детского сада. Затем занимался с психологом в центре «АРТ», в центре «Вдохновения» на занятиях по общему развитию. В частную школу пошел в 2017 г. ПМПК рекомендовала общеобразовательную программу. Адаптировался в классе длительно. Не мог привыкнуть к детям, шуму, плакал, закрывал уши, ломал ручки. Постепенно к обстановке в классе стал относиться спокойнее. Программу в целом усваивает, но много времени занимается дома с мамой и репетитором. На летних каникулах продолжает занятия: повторяет материал, разбирает наперед.

Из перенесенных заболеваний: в 1,5 года - лечение с ларинготрахеитом, стенозом гортани 2 ст. В 2 г. в амбулаторной педиатрической карты отмечено, что развивается по возрасту. В 2 г. 8 мес. – ЗПР, группа риска по ОНР 1 уровня (алалия), рекомендована консультация психиатра. Со слов матери, проходили курсы лечения кортексином каждые 3 месяца без динамики в развитии. На другие ноотропы - выраженное эмоциональное возбуждение в период приема препаратов. С 2014 г. наблюдается с ЗППР. ЧМТ, операции, судороги мать отрицает.

Врачом-психиатром наблюдается с июля 2013 г. (с 4 лет 8 месяцев). На протяжении всего периода наблюдения получал ноотропную терапию. Корректоры поведения никогда не назначались. При первичном обращении мать ребенка предъявляла жалобы на отсутствие активной речи, эмоциональные нарушения, обращенную речь понимает не полностью. Амбулаторно выставлен предварительный диагноз: Расстройство экспрессивной речи. При повторном обращении в июне 2014 г. жалобы были на речевые нарушения, отсутствие контакта с детьми; на вопросы отвечает фразами из мультфильмов; называет себя в 3-м лице, уши закрывает на громкие звуки, ест только пюре, суп. Для уточнения диагноза в отношении органического расстройства личности (F 07) был направлен в дневной стационар.

В Психиатрическом дневном стационаре (ПДС) для детей и подростков впервые проходил лечение с ноября 2015 г. по февраль 2016 г. На момент поступления ребенку было 6 лет. Мать предъявляла жалобы: «нет контакта с детьми и взрослыми, говорит о себе в 3-м лице, не выделяет мать, эхололии, истерики на любые запреты. Смотрит одни и те же мультфильмы. Разговаривает фразами из них, отвечает не по вопросу, нет сложной игры. Совершает однотипные движения – «проходит» мимо предмета, пытаюсь коснуться его носом, машет руками». В психическом состоянии при поступлении: Контакт формален. При привлечении внимания на вопросы отвечал не всегда по существу односложно. Отмечаются речевые автоматизмы, говорил заученными фразами. В поведении неусидчив. Обращенную речь понимает достаточно. Внимание неустойчивое, часто отвлекался на игрушки либо предметы в кабинете. Словарный запас достаточный для его возраста. Речь простой фразой в 2, реже в 3 слова. Эмоционально невыразителен. Эмоции практически не проявляет. Фон настроения ровный. Мышление слабой продуктивности в обычном темпе. С заданием на 4 лишний справлялся частично. Верно смог выделить обувь среди головных уборов, будильник среди посуды. Обобщил категорию овощи, фрукты. С заданиями на парные аналогии на наглядном материале справлялся частично: в случае выделения еды для лошади, норы для лисы; при вербальном предъявлении инструкции справился только в случае «часы – время, градусник – температура». Задание на различие понятий провести не удалось. Верно смог назвать предметы в комнате и на рисунке. Восприятие не нарушено. Самостоятельно написал цифры до 25, некоторые буквы, свое имя. Чтение словами преимущественно механическое, смысл прочитанного понимал не всегда. Знал цвета, переходные оттенки. Память, интеллект в норме. Острой психопродуктивной симптоматики на момент осмотра не выявля-

но. В отделении адаптировался быстро, пребыванием в нем не тяготился. Режим соблюдал, замечаний по поведению не получал. В поведении неусидчив, периодами гиперактивен (бегал по коридору от стены к стене). С детьми не общался, интереса к совместным играм не проявлял. Часто перебирал лото с растениями. Называл каждое из них (яблоко, груша, малина, клубника...) по просьбе обобщил их в группы (ягоды, фрукты). Часто отказывался от выполнения заданий или игр. В контакт вступал избирательно, задания выполнял по желанию, чаще во время игры. Во время игры в мягкий конструктор назвал фигуры: «круг, треугольник, квадрат, цилиндр, куб, параллелепипед». Самостоятельно написал «Неля Александровна», окончание отчества «...ндровна» писал под диктовку. Выполнял простые просьбы, понимал простые инструкции (возьми, сдвинь вправо...), избирательно отвечал на вопросы. Узнавал лечащего врача, останавливался во время движения по коридору, улыбался в ответ. Мог подойти и обнять, любил сидеть на коленях, смелся при щекотании. Часто прочитывал надписи вокруг него (имена сотрудников, названия кабинетов, книг в игровой комнате). Игры носили преимущественно манипулятивный характер, катал машинки, перебирал лото. Редко наблюдался простой сюжет (машина проезжает на знак светофора). Получал лечение гопантеновой кислотой 750 мг в сутки. Был проконсультирован доцентом кафедры психиатрии, к.м.н. ДЗ: Аутистическое расстройство.

Повторное лечение в ПДС с июля по сентябрь 2016 г. Жалобы сохраняются. С прошлой госпитализации мать отмечала положительную динамику в состоянии: начал лучше говорить, чаще смотреть в глаза, уменьшились эхололии, менее эмоционально стал реагировать на запреты, речь стала более эмоциональной, сопровождал ее жестикულიцией. В отделении с детьми по-прежнему не общался. Сюжетной игры практически не демонстрировал. На попытки привлечь к заданиям отказывался. Если настаивать, становился замкнутым, отстраненным. По сравнению с предыдущей госпитализацией стал чаще отвечать по существу заданного вопроса, реже использовал в речи фразы из мультфильмов. Если спрашивать его совместно с другим ребенком, который давал ответы быстрее, проявлял обиду, расстраивался. Реагировал на похвалу и внимание. Проявлял желание конкурировать. По сравнению в прошлой госпитализацией отмечается положительная динамика в развитии: меньше эхололий и речевых автоматизмов, чаще отвечает по сути, эмоции стали более дифференцированными, улучшился контакт. Лечение получал ноотропами (гопантеновой кислотой в возрастной дозировке).

Следующая госпитализация май – июнь 2017 г. При поступлении жалобы со стороны матери: избегает контактов с детьми, сохраняются эпизоды эхолалии, не всегда отвечает на поставленные вопросы, периодически говорит о себе в третьем лице, с трудом может описать свои эмоции, сохраняются страхи перед шумом (пылесосом), быстрая утомляемость. Во время беседы: На вопросы отвечал большей частью по существу, иногда «застревал» на одной теме, переставал отвечать на вопросы (подробно рассказывал о посещении аквапарка вместе с матерью, при этом вопросы не затрагивающие эту тему игнорировал). Ответы чаще односложные, реже простой фразой из двух-трех слов. Отмечались речевые автоматизмы, редкие эхолалии. В поведении неусидчив. Оглядывается по сторонам, часто меняет положения тела, сидя на стуле, перебирает пальцы. Внимание неустойчивое, истощаемое. Мышление в обычном темпе. В отделении увлекался просмотром детских книг, иногда комментируя вслух прочитанное. В коллективных играх не участвовал, чаще отмечались манипулятивные игры с различными игрушками, машинками. По сравнению с прошлой госпитализацией стал искать внимания взрослых, сам проявлял инициативу в разговоре в отношении выбора темы, проявлял больше эмоций, стал меньше сторониться детей. На ЭЭГ отмечались умеренные изменения биоэлектрической активности дизритмического типа в виде полиморфной, полиритмичной активности $\alpha = 40$ мкВ с ирритационным компонентом; негрубые вспышки групп полиритмичной активности (тета-альфа) лобно-центрально-височных отведений. Вспышки групп острых волн в теменно-затылочных отведениях. При ГПВ – усиление фоновой активности, условно-пароксизмальные эквиваленты в лобно-центральных отведениях и височных справа. Отчетливых межполушарных различий и очаговости нет. Эпиактивность не проявилась. ЭХО-ЭС – данных за смещение м-эхо нет.

С июня по август 2018 г. (возраст 8 лет 7 мес) проходил лечение в отделении интенсивного оказания психиатрической помощи для детей и подростков («стационар на дому»). Мать предъявляла жалобы на избегание контактов с детьми, иногда эпизоды эхолалии, быструю утомляемость. В психическом состоянии сохраняются редкие эхолалия или речевые штампы, не связанные с темой разговора. Развернутых ответов на вопросы не дает, некоторые вопросы игнорирует. Проявляет больше эмоций: улыбается, смущается, смеется. При успешном выполнении задания радуется. Иногда отказывается выполнять – «не знаю», после демонстрации и разъяснений выполняет верно. Слог выполнить задания на логическое мышление на возраст 6-7 лет. Уловил принцип последовательности и добавил

недостающие части. Собрал последовательные картинки из 4-5 частей. Сравнение двух понятий выполнял только с помощью взрослого. Скрытый смысл метафор, поговорок не объяснил. Сам проявлял инициативу в общении, рассказывал о чем-то или демонстрировал на рисунки. Старался привлечь внимание врача, когда тот разговаривал с матерью пациента. Если мама его ругала, настраивался, мог заплакать. Иногда на приеме, если разговор матери с врачом затягивался, настойчиво просил уйти (тянул мама из кабинета, повторял просьбу уйти). Если она не реагировала, расстраивался, иногда становился раздражительным, начинал злиться. Лечение получал Neuroxi 50 мг/мл утром №10, Phenybuti 0,25 по 1 таблетки 2 раза в день (при приеме 3 раз в день отмечались выраженная плаксивость).

Таким образом, на протяжении всего периода наблюдения (с 6 до 8,5 лет) отмечается значительная положительная динамика в отношении эмоциональной сферы и развития мышления. При первых поступлениях ребенок не проявлял эмоций, не интересовался детьми, со взрослыми общался избирательно, часто после привыкания, не реагировал на похвалу или замечания. Организовать или привлечь мальчика к какому-либо занятию не получалось. Демонстрировал знания на более старший возраст, особенно относительно названий предметов и явлений. Большая часть имеющихся знаний носила характер механического запоминания без понимания сути или значения информации. В дальнейшем стал чаще привлекать внимание взрослых, постепенно начал проявлять интерес к общению, откликаться на реакцию взрослого на его действия (похвала, замечания), старался заслужить поощрение. Стал легче контактировать с незнакомыми взрослыми. С детьми по-прежнему не общается, но проявляет интерес. Может наблюдать за их игрой, начинает конкурировать за похвалу взрослого при выполнении заданий.

Отмечается значительный прогресс в отношении развития мышления. На возраст 6 лет ребенок был способен провести обобщения, более простые исключения (один из предметов относился к другой обобщающей категории, например, овощ среди фруктов). Задания на аналогии выполнял неравномерно, часто мозаично. Отвечал на более сложные примеры, в простых вариантах не справлялся с заданием. В дальнейшем стал выполнять более сложные варианты заданий на исключение, смог объяснить свой выбор. Аналогии проводил как в сложных, так и простых случаях. В последнюю госпитализацию смог понять задания на последовательность и закономерность. Хотя смысл метафор и пословиц на данный момент не понимает, мышление ближе к абстрактно-логическому типу, чем к конкретно-образному.

Речевое развитие по данным обследования логопедом с общего недоразвития речи II уровня перешло на III; дизартрия сохраняется на данный момент. При патопсихологических исследованиях на протяжении всего периода наблюдения оценить интеллектуальное развитие с помощью методики Д. Векслера (WISC) не было возможным в связи с нарушениями эмоционально-волевой сферы, особенностями коммуникации. Были выделены следующие общие особенности: интеллект мозаичен, имеет неравномерную структуру формирования. Мыслительные операции сформированы неравно-

мерно. Выявлен неравномерный, несколько замедленный темп психической работоспособности, трудности при сосредоточении и распределении внимания, истощаемость. Объём непосредственного и опосредованного запоминания снижен. Личностные особенности характеризуются нарушениями эмоционально – волевой и мотивационной сферы, отображающимися в наличии проявлений психического инфантилизма: эмоциональной лабильностью, недостаточным уровнем самооценки и самоконтроля, инертностью личностной рефлексии, неспособностью к длительным волевым усилиям.



Признаки аутизма. Информация для родителей.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

В. В. Игнашина

*Региональный ресурсный центр психолого-педагогического сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра «Открытый мир»,
Казенное образовательное учреждение «Адаптивная школа №17»*

rc-rac@mail.ru

Аннотация. Статья описывает специфику работы учителя-дефектолога с детьми раннего возраста, входящими в группу риска по формированию расстройств аутистического спектра, в системе ранней помощи. Важная роль отводится деятельности по организации специалистом терапевтического взаимодействия между матерью и ребенком. Рассматриваются основные этапы и принципы работы специалиста службы ранней помощи с парой «мать-ребенок».

Ключевые слова. Ранняя помощь, расстройства аутистического спектра, коррекционная работа.

PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL SUPPORT OF A MOTHER AND A CHILD OF EARLY AGE WITH DISORDERS OF AUTISTIC SPECTRUM

V.V. Ignashina

Abstract. The article describes the specifics of the work of the teacher-pathologist with young children who are at risk of developing autism spectrum disorders in the system of early help. An important role is played by the organization of therapeutic interaction between mother and child by a specialist. The main stages and principles of work of a specialist in the service of early help with a pair of "mother-child" are considered.

Keywords. Early help, autism spectrum disorders, remedial work.

Одним из приоритетных направлений психологических исследований последних лет является изучение закономерностей раннего развития детей с ограниченными возможностями здоровья. В системе комплексной медико-социальной и психолого-педагогической помощи детям раннего возраста особое место занимает проблемы расстройств аутистического спектра (РАС) в детской популяции. В последние годы наблюдается все большее количество детей, имеющих симптомы РАС (расстройств аутистического спектра). Еще в 2000 году считалось, что распространенность этого заболевания составляет 26 случаев на 10 000 детского населения. В 2005 году уже на 250-300 новорожденных в среднем приходился один случай аутизма (S. Lister & D.J. Johnson, 1992, S. Baron-Cohen, 1994, К.С.Лебединская, 1991, О.С.Никольская).

Ведущие исследования в данной области доказали, что особенности аутичного ребенка исходно связано с тяжелыми нарушениями и затруднениями организации в социальном взаимодействии и коммуникациях, отношений ребенка с миром. В центре внимания оказывается не столько сам ребенок с РАС, сколько семья, воспитывающего такого ребенка и в частности общность матери и ребенка, как субъект психолого-педагогического воздействия [4; 6].

Очевидно, что изучение закономерностей раннего психического дизонтогенеза при расстройствах аутистического спектра поможет определить пути и направления работы специалиста с таким ребенком уже на этапах раннего детства и предупредить развитие наиболее глу-

боких и устойчивых форм нарушенного развития при РАС. Своевременное обнаружение признаков эмоционального неблагополучия ребенка и налаживание ранних форм его взаимодействия с близким человеком, а через него – с окружающим миром, дают наибольшие возможности в дальнейшей адаптации ребенка и профилактике возникновения наиболее тяжелых расстройств аффективного развития.



Трудности эмоционального развития детей в раннем возрасте проявляются в широком спектре особенностей реагирования, затрудняющих его общения и взаимодействие с окружением. Примерами того могут быть: повышенная возбудимость, недостаточная активность и легкая тормозимость в контактах со средой, чувствительность, трудности адаптации в новых условиях, сложности развития отношений с близкими людьми и взаимодействия с по-

сторонними, возникновение ранних поведенческих проблем (страхов, агрессии, негативизма, влечений и др.). Эти особенности могут быть следствием различных нарушений психического развития, а могут лежать в их основе, как это бывает при его искажении, примером которого является аутизм или расстройство аутистического спектра.

Основные проблемы и трудности психолого-педагогической реабилитации и адаптации детей с расстройствами аутистического спектра в значительной степени обусловлены сложной структурой и степенью тяжести их дефекта, проявляющихся в особенностях их аффективной дезадаптации, в дефиците потребности в общении, в недоразвитии регуляторных функций и в своеобразных нарушениях познавательной деятельности и речи. Эти особенности необходимо учитывать в процессе психолого-педагогической помощи детям с РАС как одного из важнейших звеньев системы их реабилитации [5].

Сложность структуры нарушения у детей раннего возраста с РАС, диктует необходимость коррекционно-развивающей поддержки как сложной системы психолого-педагогических воздействий, направленных на расширение собственных интересов ребенка, обогащения опыта общения и средств взаимодействия со взрослым, повышение его социальной активности, развитие познавательных и речевых функций, которые соответствуют психофизическим возможностям ребенка и варианту его развития.

Современные исследования доказывают тот факт, что процесс успешного развития ребенка раннего возраста с РАС представляется возможным только в том случае, если субъектом психолого-педагогического сопровождения является не столько сам ребенок, сколько общность матери и ребенка. Согласно идеям, высказанным Л.С. Выготским, источник психического развития ребенка находится не внутри него, а в его взаимоотношениях с близким взрослым, а конкретнее с матерью. В связи с этим актуальной и практически значимой становится задача оптимизации взаимодействия в паре матери и ребенка раннего возраста с РАС [2; 3].

В первый год жизни ребенка невозможно рассматривать его психическое развитие вне его постоянного взаимодействия с близкими людьми, прежде всего, матерью, которая является посредником и организатором практически всех его контактов со средой. Одной из основных форм работы специалиста, отвечающей данному требованию, могут стать индивидуальные занятия, которые проводятся совместно с родителями. Совместные занятия, на которых мама непосредственный участник взаимодействия позволяет специалисту организовать передачу своего профессионального опыта, продемон-

стрировать последовательные выверенные, наиболее успешные приемы и действия, ведущие к заранее обозначенному результату в развитии аутичного ребенка раннего возраста с учетом его индивидуальных особенностей. С помощью реализации таких занятий решаются две важнейших задачи психолого-педагогического сопровождения: коррекция психического развития в отношении ребенка с РАС, а так же повышение компетентности матери в вопросах взаимодействия со своим ребенком, имеющим особые потребности и своеобразный (искаженный) путь в психическом развитии.

Реализация совместных занятий предполагает, что их содержание структурировано по основным линиям психического развития ребенка и отвечает формированию ведущего вида детской деятельности на разных этапах возрастного развития. Тем не менее, в отличие от коррекционных занятий на совместных занятиях специалист предоставляет возможность матери занять позицию стороннего наблюдателя, что позволяет лучше увидеть потребности ребенка, его интересы и увлечения, его успехи и достижения, правильно оценить возможности и характер помощи при затруднениях, связанных с проблемами именно ее ребенка. Рассматривая структуру совместных занятий важно обозначить определенные этапы работы с матерью и ребенком раннего возраста, имеющим расстройство аутистического спектра.



На первом ознакомительном этапе работы специалист должен подробно ознакомиться со всеми особенностями развития ребенка. Специалист наблюдает за поведением ребенка, его действиями с игрушками или другими предметами, комментируя для матери основные трудности и возможные способы их разрешения. Затем, на втором – организационном этапе специалист проводит регулярные встречи с ребенком, пытаясь установить связь ребенка с окружающим миром, при этом соблюдая определенные принципы работы.

Первым и основным является принцип «следования за ребенком». Специалист дает возможность и время ребенку для адаптации и исследования окружающего пространства, следуя при этом за ребенком, соблюдая комфорт-

ную для него дистанцию, не вмешиваясь в деятельность ребенка, не сопровождая вербальным комментарием. Важно использовать прием «зеркального отражения» положения ребенка относительно пространства помещения и его действий.

Второй принцип – принцип «эмоционально-смыслового комментирования», позволяет специалисту проговаривать и наполнять определенным смыслом наблюдаемые действия ребенка, его активность и интересы, даже если они оказываются достаточно специфичными. Целесообразно регулировать громкость и эмоциональную насыщенность своего комментария, его объем, подстраиваясь под индивидуальную чувствительность ребенка с РАС. Словесный комментарий должен быть кратким, ярким, с активным использованием ритмичных стихотворений и песенок и потешек.

Следуя и наполняя смыслом любые желания ребенка с РАС, специалист поддерживает минимальную его активность и инициативу, и переходит к реализации третьего принципа «присоединения». Специалисту необходимо плавно встроиться в совместное с ребенком пространство для того, чтобы расширять его активность, предлагать формы и способы сотрудничества, опираясь на интересы ребенка, обогащая его опыт и разделяя любые реакции.

Очень важно в такой системе выстраивания психолого-педагогического сопровождения фокусировать внимание матери на характере взаимодействия ребенка и нового взрослого, на том, как ребенок «вслушивается» в действия взрослого, как отвечает на них самостоятельно или уклоняется от них, как манипулирует с предметами или игрушками. Он старается поставить родителей в позицию отстраненных наблюдателей за своим взаимодействием с ребенком, показать новые возможности присоединения к нему и в дальнейшем – совместной игры. Длительная работа с детьми позволяет выделить наиболее значимые для каждого ребенка ситуации взаимодействия.

На третьем, переходном этапе, специалист должен постепенно «выходить» из собственного

взаимодействия (диалога) с ребенком, становиться сторонним наблюдателем, меняясь позициями с матерью и предоставляя ей инициативу во взаимодействии. Специалист помогает матери реализовать основные принципы построения взаимодействия с ребенком, указывая на наиболее сильные стороны и возможности ребенка, сопровождая процесс их общения и игры со стороны, или вовлекаясь в него.



Таким образом, совместные занятия с матерью являются эффективной формой психолого-педагогического сопровождения в службе ранней помощи. Реализуя систему мастер-классов, специалист раннего развития решает актуальные задачи, как в отношении коррекции психического развития ребенка, так и в повышении родительской компетенции, особенно матери в аспектах успешности и грамотности ее взаимодействия с ребенком. В отношении детей с расстройствами аутистического спектра, данная форма работы приобретает особое значение для матери, у которой процесс общения с собственным ребенком протекает достаточно специфически с самых первых месяцев жизни. Мастер-класс позволяет своевременно реализовать программу коррекции, компенсации и профилактики большинства проблем в развитии ребенка, что имеет особое значение для каждого из партнеров взаимодействия в паре матери и ребенка раннего возраста с РАС.

Литература

1. Баенская, Е.Р. особенности раннего аффективного развития аутичного ребенка в возрасте от 0 до 1,5 лет // Альманах ИКП РАО. - 2001. - № 3.
2. Борковская, О.Л. Особенности взаимодействия матерей и детей раннего возраста в связи с характеристиками психического состояния матери / О.Л. Борковская, Р.Ж. Мухамедрахимов // Дефектология. – 2007. – № 4. – С. 43-53.
3. Гончарова, Е.Л. К вопросу о субъекте психолого-педагогического сопровождения в формирующейся практике комплексной помощи детям раннего возраста / Е.Л. Гончарова // Дефектология. – 2009. - № 1, С. 45-49.
4. Мамайчук, И.И. Помощь психолога детям с аутизмом. — СПб.: Речь, 2007. — 288 с.
5. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок: пути помощи. - М.: Теревинф, 2000. - 336 с.
6. Ранняя помощь детям: проблемы, факты, комментарии. Сборник научных статей / Ответственный редактор Ю.А. Разенкова. – М.: «Права человека», 2003. – 252 с.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ИГРОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ

А.А. Матяж

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Омский государственный педагогический университет»*

hades96@yandex.ru

Аннотация. В статье представлены результаты эмпирического исследования игровой деятельности старших дошкольников с ранним детским аутизмом. Описаны специфические трудности игровой деятельности при I и II группе аутизма по классификации О.С.Никольской. С помощью метода включенного стандартизированного наблюдения делаются обоснованные выводы о том, что дошкольник с аутизмом наиболее успешен в совместной игровой деятельности со взрослым, нежели индивидуальной, вне зависимости от структуры нарушения при аутизме. На основании полученных данных спланирована работа психолога по формированию игровой деятельности у детей данной категории в рамках традиций отечественной научной школы.

Ключевые слова. аутизм, дошкольный возраст, игровая деятельность, совместная игра взрослого и ребенка, особенности игры при аутизме.

FEATURES OF DEVELOPMENT OF GAME ACTIVITY PRE-SCHOOL CHILDREN WITH EARLY CHILD AUTISM

A.A. Matyazh

Abstract. The article presents the results of an empirical study of the gaming activities of older preschoolers with early childhood autism. The paper describes the specific difficulties of playing activity in group I and II of autism according to the classification of O. S. Nikolskaya. With the help of the included standardized observation method, reasonable conclusions are made that a preschooler with autism is most successful in playing together with an adult rather than an individual, regardless of the structure of the disorder in autism. On the basis of the obtained data, the work of a psychologist on the formation of game activity in children of this category within the traditions of the national scientific school is planned.

Keywords. autism, preschool age, gaming activities, cooperative play with an adult and child, features of the game in autism.

Игра представляет собой особый способ полноценного и эффективного развития человека, которая присуща всем возрастным периодам и особенно важна на этапе дошкольного возраста. Игровая деятельность признается ведущим видом деятельности в дошкольном возрасте. Именно в рамках данной деятельности происходит освоение социальных ролей и развитие внутренней культуры ребенка, развитие всех психических процессов и компонентов личности, приобретение важнейших психических новообразований, обеспечивающих успешность подготовки к школе [4; 6].

Игровая деятельность у нормально развивающихся детей протекает плавно и не требует сторонней помощи в ее формировании. Однако роль родителей в развитии и совершенствовании игровой деятельности современного дошкольника трудно переоценить. Взрослый осуществляет передачу социокультурного опыта, который ребенок трансформирует, преобразовывает, осмысляет и передает в ситуации игровых взаимоотношений [5]. Однако, совершенно иначе складывается данный процесс у дошкольников с ранним детским аутизмом.

Ранний детский аутизм представляет собой искаженное, диспропорциональное развитие психики, характеризующееся нарушением взаимодействия с окружающим предметным

миром и миром социальных взаимоотношений. Данный тип дизонтогенеза определен в категорию «первазивных нарушений развития», то есть всепроникающих расстройств, проявляющихся в специфическом нарушении развития психических процессов ребенка, его деятельности, организации собственного поведения, процесса овладения знаниями и практического усвоения опыта, личностного развития [3].

Исходя из сложной клинико-психологической структуры нарушения при детском аутизме, своеобразие игровой деятельности в ходе активности ребенка дошкольного возраста является результатом патологической пресыщаемости и резкой сензитивности, что вынуждает ребенка на самоизоляцию, сопровождаемую бедными, культурно нефиксированными стереотипными манипуляциями, которые проявляются однообразно в определенном ритуале. У детей с аутизмом не возникает продуктивного усвоения предметных действий и не реализуется раскрытие социальных действий с предметами, без которого невозможно дальнейшее психическое развитие ребенка [1; 3].

Актуальность исследования

Поведение и деятельность ребенка с расстройствами аутистического спектра имеет ряд специфических особенностей. Даже в тех ситуа-

циях, когда ребенок занят каким-либо делом, это занятие трудно назвать игровой деятельностью. Самостоятельная игра аутичного ребенка, как правило, стереотипна, однообразна. Чаще всего взрослому или сверстнику сложно включиться в самостоятельную игру аутичного ребенка, а многие исследователи исключают такую возможность и вовсе. Это объясняется и несформированностью у такого ребенка навыков взаимодействия, и его склонностью к стереотипности, к неизменности тех занятий, к которым он привык, которые доставляют ему удовольствие. Вместе с тем, возможность формирования игровой деятельности дошкольников с аутизмом нельзя исключать, а ее коррекционный потенциал необходимо использовать для наиболее гармоничного развития детей заявленной категории.

Организация исследования

Эмпирическое исследование было организовано с целью изучения особенностей игровой деятельности у детей старшего дошкольного возраста с аутизмом. База исследования: казенное общеобразовательное учреждение Омской области «Адаптивная школа-интернат № 17». На базе данного учреждения функционирует региональный ресурсный центр психолого-педагогического сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра «Открытый мир».

В эмпирическом исследовании приняли участие 10 детей дошкольного возраста с аутизмом. Данный вариант нарушения подтвержден заключением врача-психиатра. Возрастной диапазон детей в группе от 5 лет 6 мес. до 7 лет. Среди группы дошкольников, 6 детей относятся к первому варианту аутистического развития, а 4 ко второму варианту расстройств аутистического спектра, согласно классификации О.С.Никольской.

Для изучения особенностей игровой деятельности детей с аутизмом в качестве основного метода нами был выбран метод стандартизированного наблюдения. Данный метод позволяет сохранить наиболее комфортную для ребенка ситуацию. Ребенок с аутизмом, что немаловажно при структуре нарушения, находился в привычных для него условиях со знакомым игровым материалом и специалистом, который хорошо знаком ребенку. В качестве параметров программы наблюдения были выбраны критерии оценки и анализа игры ребенка дошкольного возраста, составленные Д.Б.Элькониным.

Игровая деятельность дошкольников оценивалась по таким критериям, как замысел игры, содержание игры, роль ребенка в игре, игровые действия, речевое сопровождение и отношение к правилам игры. Критерии оценки по каждому параметру были разделены на 3

уровня: низкий уровень – 1 балл; средний уровень – 2 балла; высокий уровень – 3 балла.

Процесс наблюдения был реализован поэтапно. На первом этапе наблюдаемые параметры регистрировались в ходе индивидуальной игры ребенка. На втором этапе мы регистрировали те же диагностические параметры в ходе наблюдения за совместной игрой ребенка со взрослым. В качестве взрослого выступал специалист, с которым ребенок уже долгое время работает на базе Ресурсного центра.

Программа наблюдения за индивидуальной и совместной игрой дошкольников с РАС проводилась двукратно. Это условие было реализовано для более качественного анализа игры ребенка. При этом анализу и интерпретации подвергались результаты повторного наблюдения.

Результаты исследования

В первую очередь анализировались действия ребенка при устройстве зоны для игры. Сравнивая индивидуальную и совместную игру по данному показателю, можно отметить, что по результатам они практически не отличаются, в обоих случаях преобладает низкий уровень развития данного компонента игры. Тем самым, можно сделать вывод о том, что у детей отсутствует подготовительный этап и в обоих вариантах игра начинается «с ходу».

Во время всего процесса игры отмечалось наличие признаков логического построения и следования сюжету в игре. В совместной игре дети значительно лучше воспроизводят различные сюжеты с объединением в одну тему. При опоре на помощь взрослого дети смогли проявить гораздо больше разнообразных действий, чем в индивидуальной игре. Благодаря этому, можно сделать вывод, что с помощью взрослых детям легче воспроизводить различные сюжеты и менять их в ходе игры. В индивидуальной игре у детей по этому параметру преобладает низкий уровень, что обусловлено отсутствием корректировки их действий со стороны специалиста и родителей как партнеров.

В индивидуальной игре роль практически не проявлялась: дети игнорировали характер поведения выбранного персонажа, его действия и особые черты. У некоторых детей роль полностью отсутствовала, они производили однообразные действия с предметами не соотносили свои действия к выбранному персонажу. В совместной игре результаты несколько лучше: дети выделяли выбранную роль по настоящему взрослого, или же взрослый наделял ролью ребенка. После этого дошкольники с РАС старались подражать действиям персонажа и отыгрывать сюжет, используя характерные особенности роли (по подсказке взрослого). Дети старались довести игровую линию персонажа до конца игры, не «соскальзывая» на другую дея-

тельность.

В любой игровой деятельности немало важную роль занимают фактические игровые действия, производимые ребенком. В индивидуальной игре преобладает низкий уровень развития игровых действий у детей с РАС. Они производили однообразные действия с окружающими предметами, чаще всего повторяли одни и те же действия с предметами: бросали, роняли, били предметы, не используя их по назначению и не соотнося свои действия с сюжетом игры. В совместной игре дети со средним уровнем развития игровых действий использовали предметы по назначению. Дети старались передать систему действий по отношению к характеру выбранной роли. В совместной игре со взрослым игровые действия детей носили специфический, культурно-фиксированный, более устойчивый и разнообразный характер.

Одним из главных показателей игровой деятельности ребенка считается наличие речевого сопровождения игрового процесса. В индивидуальной игре большинство детей проявили низкий уровень речевого сопровождения в игре. Некоторые дети не использовали речь вовсе, во время своей деятельности они молчали. У других детей прослеживались речевые штампы, которые в большинстве случаев не относились к событиям, происходящим в игре. В совместной игре дети со средним уровнем развития речи использовали ее для создания диалогов между персонажами. Также дети контактировали с

другими участниками игры посредством речи, использовали реплики из мультсериалов и сказок.

Последним важным показателем игровой деятельности является отношение ребенка к правилам игры. В индивидуальной игре большинство детей показали низкий уровень по данному параметру. Некоторым детям было безразлично то, что ход и правила игры изменялись. Эти дети не опротестовывали нарушение логики игровых действий и не желали исправить ситуацию самостоятельно. В совместной игре дети показали наилучший результат по отношению к правилам, диктуемым взрослым. Практически у всех детей преобладает средний уровень развития отношения к правилам игры: дети слушали взрослого, выполняли инструкции, старались подчинять свои игровые действия оговоренным правилам, чаще под контролем взрослого. Дети, при нарушении логики игровых действий, указывали на это и опротестовывали подобное нарушение.

Выводы

Результаты исследования игровой деятельности по параметрам Д.Б.Эльконина можно представить в виде гистограммы, где указаны основные баллы, набранные испытуемыми по каждому из диагностических параметров игры (Рисунок 1).



Рисунок 1. Сопоставительный анализ результатов наблюдения за игрой старших дошкольников с аутизмом

Исходя из полученных данных, можно сделать выводы о том, что совместная игровая деятельность лучше развита у детей, чем индивидуальная. Это обусловлено тем, что ребенок с опорой на поддержку взрослого совершает заданные действия эффективнее и лучше чем в индивидуальной игре, оставаясь один на один со своими стереотипиями и аутистимуляциями. Также в совместной игре ребенок чувствует помощь и опору со стороны взрослого, это дает ему больше возможностей для включения в игру, развития игрового сюжета и его осмысления. Совместная игровая деятельность лучше развита и за счет того, что при ее реализации необходимо наличие других участников, которые помогают ребенку скоординировать свои действия в самом процессе игры. Ребенок контактирует с внутриролевыми персонажами в игре, которых играют родители и специалист, что помогает развитию речи и навыков коммуникации. Подобный процесс в индивидуальной игре еще сложен для дошкольников с аутизмом, поэтому в совместной игровой деятельности ребенку проще вести диалог с живым участником игры.

Полученные результаты дают основания полагать, что в основе коррекционной работы с детьми данной категории эффективно использовать технологию совместной игры, разработанной сотрудниками ФГБ НУ «Институт коррекционной педагогики РАО». Как указывает М.М.Либлинг, совместно со взрослым аутичный дошкольник должен пройти путь становления и развития игры, решая следующие задачи:

- формирование совместных осмысленных переживаний,

- преобразование аутистимуляции в совместные игровые действия,
- внесение в игру ребенка «событийности»,
- оформление простого сюжета игры,
- фиксация смысловой связи и последовательности событий,
- введение в игру персонажей, как связующего звена,
- освоение причинно-следственных отношений и представлений о времени,
- развитие игрового сюжета путем его детализации,
- преодоление стереотипности, внесение в игру и жизнь ребенка разнообразия,
- формирование способности к осмысленному выбору.

Таким образом, игровая деятельность у детей дошкольного возраста с ранним детским аутизмом не сформирована: наблюдаются отсутствие игрового замысла, невозможность использовать предметы-заместители и однообразные действия в игре, не способствующие развитию сюжета. Вместе с тем коррекционный потенциал игры, особенно совместной со взрослым игровой деятельности крайне высок. Лучшие результаты по показателям игровой деятельности проявлены в наблюдении за совместной игровой деятельностью, вопреки убеждению о том, что нарушения взаимодействия препятствуют совместной игровой деятельности. Ребенок, благодаря взрослому, включается в игру, использует речь для общения и принимает предложенные сюжеты во время совместной игры.

Литература

1. Либлинг, М.М. Игра в коррекции детского аутизма [Электронный ресурс] / М.М.Либлинг // Альманах Института коррекционной педагогики. – 2014. – Альманах № 20.
2. Либлинг, М.М. Роль игры в коррекционной работе при расстройствах аутистического спектра [Электронный ресурс] / М.М.Либлинг // Альманах Института коррекционной педагогики. – 2017. – Альманах № 28.
3. Никольская, О.С. Коррекция детского аутизма как нарушения аффективной сферы: содержание подхода [Электронный ресурс] / О.С.Никольская, Е.Р.Баенская // Альманах Института коррекционной педагогики. – 2014. – Альманах № 19.
4. Смирнова, Е.О. Роль игры в жизни и развитии детей: новый подход к правам ребенка / Е.О.Смирнова, М.В.Соколова // Современная зарубежная психология. – № 2. – 2013. – С. 6-8.
5. Шерешик, Н.Н. Роль родителей в развитии предметной и игровой деятельности ребенка в дошкольном детстве / Н.Н.Шерешик // Психолого-педагогические исследования в Сибири. - № 1. – 2018. – С. 106-108.
6. Эльконин, Д.Б. Психология игры / Д.Б.Эльконин. – 2-е изд. – М.: Гуманитарный издательский центр «Владос», 1999. – 360 с.



ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

А. В. Панченко

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Омский государственный педагогический университет»*

nastyia.panchenko.1997a@gmail.com

Аннотация. В статье представлены результаты эмпирического исследования родительского отношения и родительских установок в семьях, воспитывающих детей раннего возраста с расстройствами аутистического спектра. Качественно-количественный анализ полученных данных показывает основные трудности при формировании детско-родительских отношений в семьях указанной категории, что важно учитывать при реализации программ психологического сопровождения в службах ранней помощи.

Ключевые слова. аутизм, расстройство аутистического спектра, ранний возраст, ранняя помощь, детско-родительские отношения, семья ребенка с РАС.

PECULIARITIES OF CHILDREN-PARENT RELATIONS IN FAMILIES, EDUCATING CHILDREN OF EARLY AGE WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

A.V. Panchenko

Abstract. The article presents the results of an empirical study of parental attitudes and attitudes in families raising young children with autism spectrum disorders. Qualitative and quantitative analysis of the data shows the main difficulties in the formation of parent-child relations in families of this category, which is important to consider when implementing psychological support programs in early care services.

Keywords. autism, autism spectrum disorder, early age, early intervention, parent-child relationship, the family of a child with ASD..

Детско-родительские отношения – это система межличностных установок, ориентаций, ожиданий в вертикальном направлении по возрастной лестнице: снизу вверх (диада «ребенок – родители») и сверху вниз (диада «родители – ребенок»), определяемых совместной деятельностью и общением между членами семейной группы. Общение с родителями – один из важнейших факторов психического развития ребенка, особенно если речь идет о детях раннего возраста. Стиль отношения взрослых к ребенку влияет не только на становление тенденции к определенному стилю детского поведения, но и на психическое развитие детей в целом [5].

Ранний возраст признается как один из самых интенсивных периодов развития, который является фундаментом будущего психического развития ребенка. Общение с родителями на данном этапе развития очень важно для ребенка, так как только через взаимодействие с близкими людьми ребенок постепенно овладевает нормативным поведением и важнейшими психическими новообразованиями. По данным, приводимым отечественными исследователями, длительный дефицит эмоционального созвучного общения даже между одним из родителей и ребенком порождает неуверенность последнего в положительном отношении к нему взрослых вообще, вызывает чувство тревоги и ощущения эмоционального неблагопо-

лучия [1; 5].

Актуальной становится проблема не только изучения детско-родительских отношений, но и специфику их формирования в условиях искаженного варианта детского развития, когда ввиду эмоциональной невыносимости и гиперсензитивности в выстраивании взаимодействия с окружающим миром, наблюдаются трудности в социальном взаимодействии и коммуникациях даже с самыми близкими взрослыми – родителями [2; 4]. Речь идет о детях с аутизмом и расстройствами аутистического спектра, которые на сегодняшний день могут диагностироваться достаточно рано, а признаки эмоционального неблагополучия видны с первых месяцев жизни [3].

Рождение ребенка с расстройством аутистического спектра является серьезным испытанием для его родителей. Сталкиваясь с такой проблемой, семья испытывает хронический стресс, который в большей степени испытывает мать. Поэтому нередки случаи, когда в семье вспыхивают конфликты, возникают противоречия, трудности взаимопонимания и подстройки партнеров по общению. В то же время, семья ребенка с расстройствами аутистического спектра является важным звеном коррекционной работы, и при реализации программ психологического сопровождения важно учитывать их возможности и ресурсные ограничения [4].

С целью выявления особенностей формирования детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей раннего возраста с расстройствами аутистического спектра, нами было организовано эмпирическое исследование на базе Лекотеки для детей раннего возраста при ФГБОУ ВО «Омский государственный педагогический университет». Лекотека представляет собой библиотеку игрушек и является промежуточным звеном в системе ранней помощи и дошкольного образования [6].

В исследовании приняли участие двадцать четыре родителя, из которых двенадцать матерей и двенадцать отцов, воспитывающих детей раннего возраста с расстройствами аутистического спектра. В одной семье родители имеют среднее профессиональное образование, другие же двадцать два родителя имеют высшее профессиональное образование. Три семьи помимо воспитания ребенка с РАС имеют опыт воспитания одного старшего ребенка и одна семья двух (старшего и младшего) детей. Для выявления особенностей детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с РАС, нами были подобраны следующие диагностические методики: опросник «Сознательное родительство», разработанный М.С.Ермихиной под руководством Р.В.Овчаровой, а также опросник родительского отношения А.Я.Варга и В.В.Столина. Рассмотрим результаты, полученные в ходе эмпирического исследования.

Результаты исследования по методике «Сознательное родительство»

Заполняя опросник «Сознательное родительство», некоторые трудности вызывали такие вопросы как: «Я уверен в себе как родитель, в своих силах и возможностях», «В определенных пределах родители должны обращаться с ребенком как с равным» и «Иногда необходимо, чтобы родители сломили волю ребенка». Отвечая на эти вопросы, матери задумывались, тратили больше времени для ответа, сомневались или просили разъяснений: «Что значит сломить волю?», «Быть, как с равным, это значит все решать?».

В группе матерей, воспитывающих детей раннего возраста с расстройством аутистического спектра наивысший результат был отмечен по критерию «Родительское отношение». Большинство матерей демонстрируют относительно устойчивое эмоционально-ценностное отношение к процессу воспитания своего ребенка, которое может изменяться в определенных пределах. Так же высокие баллы наблюдались по критерию «Родительская ответственность». Такие матери считают себя готовыми к выполнению своей роли как родителя,

выполнению своих родительских обязанностей при воспитании детей. Наименьший результат был получен по критерию «Родительские установки и ожидания». Это означает, что у матерей, воспитывающих детей раннего возраста с РАС недостаточно сформирован определенный взгляд на свою роль как родителя. Родительские ожидания тесно связаны с родительскими установками, в которых так же матери испытывают ряд трудностей. Так же низкие баллы были набраны по критерию «Родительские позиции». Это говорит о том, что у матерей недостаточно сформирован тип эмоционального принятия ребенка, мотивы и ценности воспитания, особенности образа ребенка у родителя, представления последнего о себе как родителе модели ролевого родительского поведения, степень удовлетворенности родительством.

В группе отцов, воспитывающих детей с расстройством аутистического спектра наивысший балл был набран по критерию «Родительское отношение». Большинство отцов демонстрируют достаточно устойчивое эмоциональное отношение к ребенку, восприятие ребенка родителем и способы поведения с ним. Так же высокие баллы были набраны по критерию «Стиль семейного воспитания». Это говорит о том, что большинство отцов демонстрируют разные способы отношений к ребенку, применяют определенные средства и методы педагогического воздействия, которые выражаются в своеобразной манере словесного обращения и взаимодействия. Наименьшие баллы были набраны по критериям «Родительские установки и ожидания» и «Родительские позиции». У таких отцов недостаточно сформирован взгляд на свою роль как родителя и сознательная или бессознательная оценка ребенка, выражающаяся в способах и формах взаимодействия с детьми.

Сопоставительный анализ результатов по диагностической методике «Сознательное родительство» показал, что общим, как у матерей, так и отцов является преобладание критерия «Родительское отношение». Такие родители демонстрируют относительно устойчивое эмоциональное отношение к процессу воспитания своего ребенка, которое может изменяться в определенных пределах, в зависимости от ситуаций и вариантов организации воспитания. Трудности в выстраивании детско-родительских отношений были обнаружены по критерию «Родительские установки и ожидания». Недостаточно сформирован взгляд родителей, воспитывающих детей раннего возраста с РАС на свою роль как родителя, на уровень собственных притязаний (Рисунок 1).

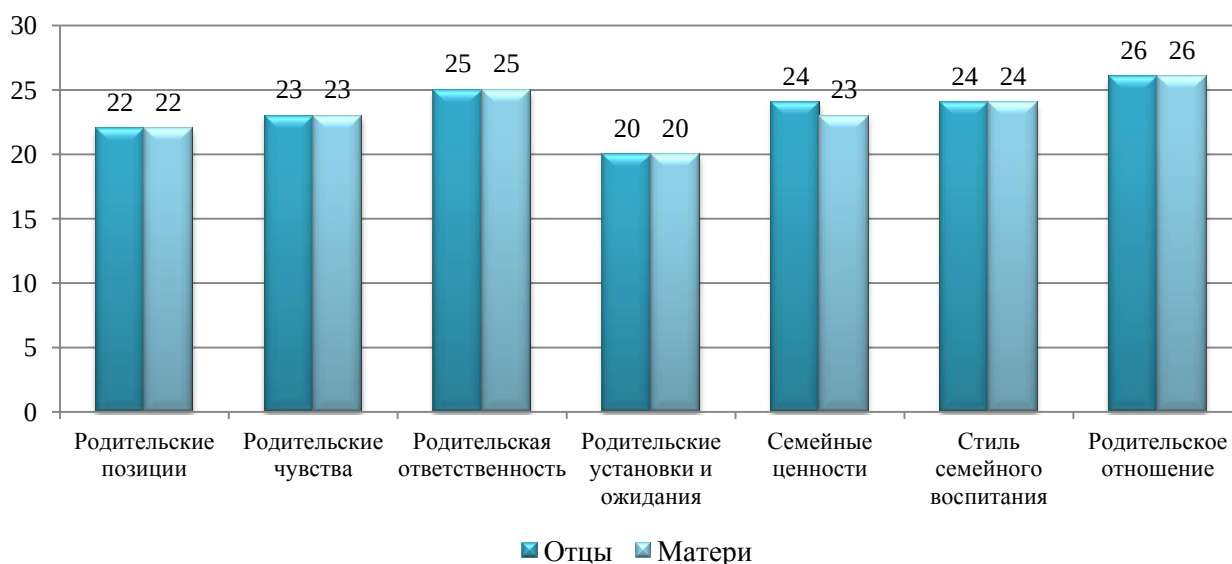


Рисунок 1. Результаты диагностической методики «Сознательное родительство»

Результаты исследования по методике «Родительское отношение»

Заполняя опросник «Родительское отношение», наибольшие сомнения и трудности при ответе вызывали такие утверждения, как «Строгая дисциплина в детстве развивает сильный характер», «Ребенок не должен иметь секретов от родителей», «Ребенка следует держать в жестких рамках, тогда из него вырастет порядочный человек», «Нужно подольше держать ребенка в стороне от реальных жизненных проблем, если они его травмируют». Это проявлялось в наибольших временных затратах при ответе на вопросы и необходимости дополнительных разъяснений.

В группе матерей, воспитывающих детей с расстройством аутистического спектра наивысший балл был набран по шкале «Принятие-отвержение». Большинству матерей нравится ребенок таким, какой он есть, они уважают индивидуальность ребенка, симпатизируют ему, стремятся проводить много времени вместе с ребенком, одобряют его интересы и планы. Так же высокие баллы были набраны по шкале «Симбиоз». Матери ощущают себя с ребенком единым целым, стремятся удовлетворить все потребности ребенка, оградить его от трудностей и неприятностей жизни и ощущают тревогу за своего ребенка. Средний балл был набран по шкале «Маленький неудачник». Матери проявляют стремления инфантилизировать ребенка, приписать ему личную и социальную несостоятельность. Наименьший результат был получен по шкале «Образ социальной желательности». Большинство матерей не испытывают чувство гордости за ребенка. Не поощряют инициативу и самостоятельность ребенка, не доверяют ребенку. Так же наименьший результат наблюдался по шкале «Авторитарная гиперсоциализация». Родитель не требует от ребенка

безоговорочного послушания и дисциплины. Родитель не следит за социальными достижениями ребенка.

Среди большинства отцов наивысший балл был набран по шкале «Принятие-отвержение». Большинство отцов уважают индивидуальность своего ребенка, стремятся проводить с ним много времени, одобряют интересы своего ребенка. Так же высокие баллы были набраны по шкале «Симбиоз». Большинство отцов стремятся к симбиотическим отношениям с ребенком. Родитель постоянно ощущает тревогу за ребенка, ребенок ему кажется маленьким и незащищенным. Тревога родителя повышается, когда ребенок начинает автономизироваться в силу обстоятельств, так как по своей воле родитель не предоставляет ребенку самостоятельности никогда. Средние баллы были набраны по шкале «Авторитарная гиперсоциализация». Отцы требуют от ребенка безоговорочного послушания и дисциплины, за проявление своеволия ребенка сурово наказывают. Родитель пристально следит за социальными достижениями ребенка, его индивидуальными особенностями, привычками, мыслями, чувствами. Низкими оказались баллы по шкале «образ социальной желательности». У отцов недостаточно сформирован интерес к делам ребенка. Так же низкими были баллы по шкале «Маленький неудачник». У отцов недостаточно сформировано восприятие и понимания ребенка родителем.

Сопоставительный анализ результатов по диагностической методике «Родительское отношение» показал, что в отношении родителей к воспитанию детей раннего возраста с расстройствами аутистического спектра преобладает стиль «Симбиоз», родитель ощущает себя с ребенком единым целым, стремится удовлетворить все потребности ребенка, оградить его от трудностей и неприятностей жизни. Родитель

постоянно ощущает тревогу за ребенка, ребенок ему кажется маленьким и беззащитным. Как у матерей, так и отцов оказался наименее предпочтительным такой стиль воспитания как

«Образ социальной желательности», родители не высоко оценивают интеллектуальные и творческие способности своего ребенка, не испытывают чувства гордости за него (Рисунок 2).

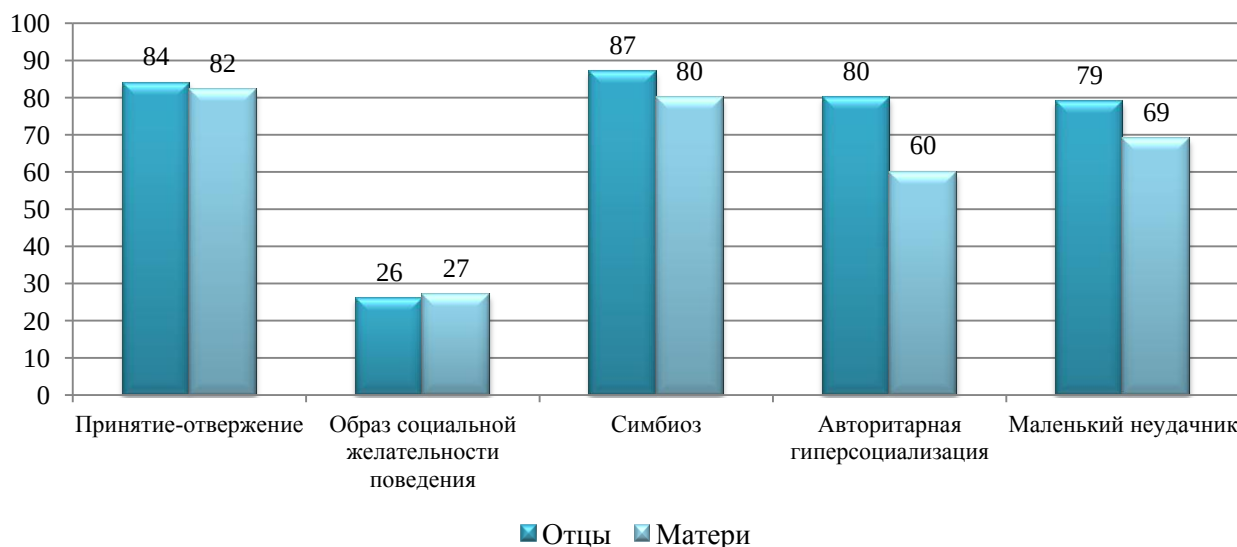


Рисунок 2. Результаты диагностической методики «Родительское отношение»

Сравнивая результаты в семьях, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра, мы выяснили, что в трех семьях наблюдалось полное совпадение стилей семейного воспитания, так например, в двух семьях у матери и у отца преобладает такой стиль как «Симбиоз», и в одной семье как у матери так и у отца преобладает преобладает такой стиль как «Авторитарная гиперсоциализация». В восьми семьях наблюдается полное несовпадение преобладающего стиля воспитания, но совпадение стиля, по которому набрано меньшее количество баллов. Например, в одной семье у матери преобладает стиль «Маленький неудачник», а у отца преобладает стиль «Принятие-отвержение», при этом, наименьшие баллы были набраны как у матери так и у отца по такому

стилю семейного воспитания как «Образ социальной желательности поведения». В одной семье наблюдается полное несовпадение стилей воспитания.

Таким образом, интерпретируя результаты эмпирического исследования, можно констатировать недостаточное понимание перспектив детско-родительских отношений, связанных с родительскими установками и ожиданиями. Важно, что при воспитании детей раннего возраста с расстройствами аутистического спектра, родители в редких случаях, но все же выбирали такие стили как образ социальной желательности и «маленький неудачник». Полученные результаты должны быть учтены специалистами ранней помощи при построении программ психологического сопровождения семьи.

Литература

1. Авдеева, Н.Н. Вы и младенец: у истоков общения / Н.Н.Авдеева, С.Ю.Мещерякова. – М.: Педагогика, 1991. – 160 с.
2. Баенская, Е.Р. Нарушение аффективного развития ребенка в раннем возрасте как условие формирования детского аутизма / Е.Р.Баенская // Диссертация на соискание учёной степени доктора психологических наук. – М.: ГНУ ИКП РАО, 2008. – 220 с.
3. Ильченко, Н.В. Признаки раннего психического неблагополучия при формировании расстройств аутистического спектра у детей / Н.В.Ильченко, Е.А.Исаева // Детство, открытое миру: сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции. – Омск: Издательство ОмГПУ, 2016. – С. 180-184.
4. Никольская, О.С. Проблемы семьи аутичного ребенка / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг // Дефектология, 2005. – № 5. – С. 76-82.
5. Овчарова, Р.В. Психологическое сопровождение родительства / Р.В.Овчарова. – М.: Издательство Института психотерапии, 2003. – 319 с.
6. Орлова, Е.В. Организация и содержание основных этапов в системе ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья и группы риска / Е.В.Орлова // Детство, открытое миру: сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции. – Омск: Издательство ОмГПУ, 2016. – С. 137- 141.

ИЗУЧЕНИЕ ПРЕДМЕТНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Е. И. Рясная

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Омский государственный педагогический университет»

ryasnaya.liza@mail.ru

Аннотация. В материалах статьи представлены результаты исследования характера и особенностей формирования предметно-практических действий у детей раннего возраста с расстройствами аутистического спектра. Автор раскрывает характер трудностей освоения предметной деятельности как ведущей в данный возрастной период. Подробно представлен анализ предметной деятельности и специфика проявления ее параметров при различных диагностических ситуациях. Полученные результаты могут быть использованы специалистами при составлении коррекционно-педагогических программ в системе ранней помощи детям и их семьям.

Ключевые слова. аутизм, расстройство аутистического спектра, ранний возраст, ранняя помощь, предметно-практическая деятельность.

STUDYING OF SUBJECT-PRACTICAL ACTIVITY IN CHILDREN OF EARLY AGE WITH AUTISMATIC SPECTRUM DISORDERS

E. I. Rysnaya

Abstract. The article presents the results of the study of the nature and characteristics of the formation of subject-practical actions in young children with autism spectrum disorders. The author reveals the nature of the difficulties of mastering the subject activity as leading in this age period. Detailed analysis of the subject activity and the specificity of its parameters in various diagnostic situations is presented. The results can be used by specialists in the preparation of correctional and pedagogical programs in the system of early care for children and their families.

Keywords. autism, autism spectrum disorder, early age, early intervention, subject-practical activity.

Дети с расстройствами аутистического спектра в настоящее время привлекают к себе внимание многих специалистов, которые активно изучают теории происхождения аутизма, разрабатывают подходы к диагностике, создают различные технологии комплексного сопровождения семьи, воспитывающей ребенка данной категории. Количество детей, имеющих недостатки в аффективной сфере, закономерно увеличивается, но не столько за счет появления большего количества детей, сколько за счет углубленной диагностики и включения в эту группу детей с пограничными состояниями [4].

Расстройство аутистического спектра – психическое расстройство, характеризующееся нарушением социального взаимодействия и общения, стереотипными моделями поведения и неравномерным интеллектуальным развитием. В раннем возрасте при явных признаках аутистического развития синдром аутизма не успевает сложиться окончательно: не закрепляются тенденции аутистической защиты, не фиксируется стереотипный стиль жизни и поведения, поэтому важно максимально рано начинать коррекционную работу. Это облегчает возможность установления эмоционального контакта и делает процесс психолого-педагогического сопровождения более эффективным [2; 3; 5].

Не стоит забывать о том, что важным условием коррекционно-педагогической работы является работа в рамках ведущего вида

деятельности ребенка. Ведущим видом деятельности в раннем возрасте является предметная деятельность, в русле которой протекает весь ход психического развития ребенка. Предметная деятельность – это целенаправленная активность ребенка, в основе которой лежит познавательный мотив, предполагающая овладение предметом как объектом культуры, в котором заложен общественно-исторический опыт. Усвоение способов действий с предметами, открытие новых качеств и свойств возможно только в процессе совместной деятельности со взрослым. Именно в процессе такого сотрудничества становится возможной передача социокультурного опыта. Взрослый, показывая ребенку разнообразные способы действий с предметами, передает общественный



культурно-исторический опыт. В предметной деятельности закладываются важнейшие предпосылки игры [7].

Актуальность исследования

Из-за нарушений аффективной сферы дети с расстройствами аутистического спектра (РАС) не могут овладеть действиями с предметами в полной мере, оставаясь на уровне примитивных стереотипных манипуляций, чаще с целью получения приятных сенсорных ощущений, ими игнорируется коммуникативная функция игрушки, поэтому они предпочитают неигровые предметы. Игрушки чаще всего используются не по назначению, а как символы тех или иных объектов. Наблюдаются трудности совместной органи-



зации внимания и соответственно совместной деятельности, трудно преодолеваются тенденции полевого поведения.

Формирование предметно-практических действий у детей раннего возраста с РАС (расстройствами аутистического спектра) очень важная задача для специалиста. Необходимо добиться того, чтобы специфические предметные действия ребенка стали не средством ухода от взаимодействия в сторону различных аутостимуляций, а превратились в отобразительную игру с осмысленным осознанием окружающего предметного мира, а также предметного взаимодействия с близкими взрослыми.

Методология исследования

Эмпирическое исследование было организовано с целью эмпирического изучения особенностей развития предметно-практических действий у детей раннего возраста с расстройствами аутистического спектра.

Объект исследования: процесс становления и развития предметно-практических действий у детей раннего возраста.

Предмет исследования: особенности развития предметно-практических действий у детей раннего возраста с расстройствами аутистического спектра.

Гипотеза: в результате нарушений продуктивного взаимодействия со взрослым, у ребенка

раннего возраста с расстройствами аутистического спектра будут наблюдаться трудности развития предметно-практических действий по таким параметрам, как:

- преобладание неспецифических манипуляций,
- низкий уровень познавательной активности,
- недостаточная ориентация на оценку взрослого.

Организация исследования

Эмпирическое исследование было организовано и проведено на базе Лекотеки для детей раннего возраста, при ФГБОУ ВО «Омский государственный педагогический университет», которая представляет собой одну из альтернативных форм реализации услуг в системе ранней помощи детям с ОВЗ, в том числе с расстройствами аутистического спектра в Омском регионе [1]. Деятельность Лекотеки, как библиотеки игрушек, представляет собой полноценное вовлечение ребенка с ОВЗ в игровую активность для его обучения и развития в игре. Материальная база Лекотеки представлена игровыми пособиями для развития детей с различными психофизическими и эмоциональными нарушениями. Работа ведется в форме индивидуальных игровых занятий.

Для участия в исследовании были выбраны дети, имеющие заключение врача-психиатра о наличии расстройств аутистического спектра. Группа включала в себя тринадцать детей в возрасте от 2 лет 7 месяцев до 2 лет 11 месяцев. Все дети воспитываются в полных семьях. По уровню эмоциональной регуляции 5 детей можно условно отнести ко 2 группе по классификации О.С. Никольской, где ведущим патопсихологическим симптомом является активное отвержение. 8 детей относятся к 1 группе, при которой ведущий патохарактерологический симптом – полная отрешенность от происходящего.

Методы исследования

Для проведения эмпирического исследования с целью изучения игровых действий у детей раннего возраста с РАС был выбран метод стандартизированного наблюдения. Этот метод может быть использован как основной для сбора информации и точного описания предмета исследования. Он представляет собой наблюдение за определенными действиями по строго очерченной схеме с последующей фиксацией полученных результатов в протокол, специалистом, имеющим соответствующую квалификацию. Особенностью данного метода является то, что заранее определен состав элементов изучаемого процесса. Для изучения игровых действий у детей раннего возраста с РАС использовалась методика по изучению предметных действий и процессуальной игры, а исследуемые параметры заносились в специальный протокол [6].

Результаты исследования

Операционально-техническая сторона деятельности представлена с одной стороны ориентировочно-исследовательскими и манипулятивными, с другой стороны культурно-фиксированными действиями. Данные показатели отражают уровень овладения предметной деятельностью, в частности предметно-игровыми действиями, наличие у ребенка знаний об окружающем предметном мире и умения пользоваться предметами в зависимости от их культурного назначения. При оценке сформированности данного параметра у детей раннего возраста с РАС был отмечен в целом низкий уровень владения ориентировочными и манипулятивными действиями: дети либо игнорировали предмет, либо, заметив его, переводили взгляд, не пытаясь выяснить назначение предмета или совершить с ним какое-либо действие.

Та же ситуация складывалась с культурно-фиксированными действиями: ребенок не действовал с предметом в соответствии с его назначением или мог совершить одно-два действия данного вида, в основном предпочитая неспецифические манипуляции. Дети стучали предметами, бросали их, выставляли предметы в ряд, группируя по цвету или размеру, ставили на голову или прислоняли к лицу.

Познавательная активность включает в себя следующие параметры: эмоциональная вовлеченность в деятельность, настойчивость и стремление к самостоятельности. Показатель «Эмоциональная вовлеченность» отражает мотивационно-потребностную сторону деятельности, то есть степень интереса ребенка к предметам, действиям с ними, к задаче, поставленной взрослым. Можно сделать вывод, что эмоциональная вовлеченность детей, участвующих в исследовании в предметную деятельность слабая, неустойчивая: ребенок может не обращать внимание на предметы или эпизодически проявлять интерес, быстро отвлекаясь, действуя робко, с опаской.



Настойчивость как параметр познавательной активности характеризует желание и способность ребенка преодолеть трудности, возникшие при выполнении игрового действия, найти необходимый способ решения предметной задачи, в том числе с помощью взрослого. В процессе наблюдения стало понятно, что настойчивость также находится на довольно низком уровне: ребенок

прекращает действовать после первой же неудачи, быстро теряя интерес к задаче: бросает предмет и уходит в противоположном направлении или прячет предмет, не позволяя взрослому его найти.

Стремление к самостоятельности представляет собой особое отношение ребенка к самостоятельному действию, его желание быть независимым от взрослого. При оценке этого показателя выяснилось, что он зависит от характерологических особенностей каждого ребенка в отдельности. Дети демонстрировали очень разные результаты: часть детей не стремились действовать самостоятельно, сразу же требуя помощи взрослого (манипулируя его рукой); другие дети предпринимали самостоятельные попытки, но после первой же неудачи обращались ко взрослому; третьи – не обращались за помощью, пытаясь действовать самостоятельно и отвергая любые попытки стороннего вмешательства.

Следующий параметр – включенность в общение со взрослым в процессе предметных действий – содержит такие показатели как стремление воспроизводить образец действия, ориентация на оценку взрослого и речевое сопровождение деятельности. Первый показатель отражает меру освоения ребенком предметных действий с точки зрения достижения правильного результата, то есть совпадение с образцом, который дал взрослый. Все дети в процессе проведения исследования игнорировали образец правильного действия, предпочитая действовать по-своему.

Ориентация на оценку взрослого, которая в норме свидетельствует о важности для ребенка оценки его действий взрослым и о способности использовать эту оценку для достижения результата, не демонстрировалась (дети не ориентировались на оценку взрослого, не корректировали свои действия в зависимости от поощрений или порицаний).

Речевое сопровождение представляет собой умение ребенка с помощью вербальных средств получить одобрение, помощь взрослого, разделить с ним впечатление от совместной деятельности. У детей, которые участвовали в исследовании, речь в процессе деятельности отсутствовала. На пике переживания ярких эмоций: удивления, радости, тревоги, недовольства ребенок мог демонстрировать вокализации или усеченные слова, обращенные к неодушевленному предмету или к самому себе. То есть коммуникативная функция речи игнорировалась.

Последний показатель, который изучался в ходе стандартизированного наблюдения – целенаправленность деятельности. Этот показатель отражает способность ребенка самостоятельно удерживать цель, стремиться к получению правильного результата, в целом характеризуя уровень развития предметных действий к концу раннего возраста. Целенаправленность у детей

раннего возраста с РАС слабовыраженная, то есть ребенок предпринимает попытки достичь правильного результата, но быстро теряет цель. Например, пытаясь открыть коробочку с «секретом», ребенок после двух-трех попыток отвлекался, обращая внимание на какие-либо другие объекты, и уже не хотел больше продолжать решать задачу. Но часто спустя некоторое время возвращался к коробочке, снова и снова пытаясь ее открыть. Важно отметить, что все дети получили средние баллы при оценке данного параметра, что свидетельствует о наличии в их деятельности определенной цели, пусть неустойчивой, быстро теряющейся, не всегда совпадающей с ожидаемым результатом.

Обсуждение результатов

Ситуация 1 «Индивидуальная игра». Данная ситуация организовывалась с целью определения уровня самостоятельной процессуальной игры ребенка, в ходе игры: «Уход за куклой». На диаграмме можно увидеть, что ориентировочные и манипулятивные действия на достаточно высоком уровне лишь у некоторых детей, однако не стоит считать, что это показатель его более успешного социального развития. Множество разнообразных действий с предметом были направлены на поиски в предмете приятных сенсорных качеств, и если таковые были найдены, предмет превращался в источник получения аутистического удовольствия (эмоциональная вовлеченность на высоком уровне), а если не обнаруживались, объект терял интерес в глазах детей. У большинства детей отмечался стабильно низкий уровень данного параметра, то есть предлагаемые предметы игнорировались. Дети не действовали с предметами в соответствии с их назначением, не ориентировались на образец, и оценку взрослого, поэтому по соответствующим параметрам низкий балл наблюдается у всех. Некоторые дети в процессе пробы пользовались вокализациями и усеченными словами. Поскольку ситуация предполагала индивидуальную игру, ребенок без помощи взрослого, без эмоционального заражения или включения в игру ярких моментов, не мог начать игровые действия, «застревая» на манипуляциях, как правило с одним предметом, наводящие вопросы игнорирова-

лись. Из этого можно сделать вывод, что индивидуальная процессуальная игра не развивается, она требует активного подключения со стороны взрослого.

Ситуация 2 «Совместная игра». В рамках данной ситуации мы определили уровень совместной игры со взрослым, определяя зону ближайшего развития игры. В аналогичной игровой ситуации, но уже с участием взрослого большинство детей по некоторым параметрам показали значительно лучшие результаты. Равнодушные к происходящему в предыдущей ситуации, дети оказались эмоционально вовлеченными в деятельность благодаря использованию приемов эмоционального заражения, следовательно, и ориентация на оценку взрослого у детей стала выше, однако совершить целенаправленные ориентировочные и культурно-фиксированные действия у детей так и не получилось. Данная ситуация предполагала совместную игру и можно сказать, что после включения взрослого, после показа им способов действий с предметами, сопровождающегося эмоциональным тонизированием игра могла начаться, однако оставалась неустойчивой, ввиду эмоционального истощения ребенка при РАС.

Ситуация 3 «Незнакомый предмет». Цель данной пробы заключалась в определении степени произвольности внимания, интереса к исследованию нового, стремления найти верный способ решения практической задачи. Ребенку предъявлялся незнакомый предмет, содержащий «секрет», внутри которого находится игрушка, необходимо было открыть коробочку и узнать, кто там спрятался, способ открывания предмета ребенку не знаком. Результаты этой пробы получились очень интересными и показательными. Высший балл по четырем параметрам получили лишь трое детей. Они были настойчивыми и самостоятельными в решении задачи, эмоционально вовлеченными в деятельность, активно обследуя предмет и совершая множество различных действий с ним, однако, их интерес был направлен только на процесс решения «загадки», конечный результат не был интересен. Любые попытки взрослого предложить помощь, дать образец, вступить в общение по поводу решения задачи, игнорировались. Другие же дети, столкнувшись с задачей, были очень воодушевленными, предпринимая одну-две попытки ее решить, однако не проявили настойчивости и переключали свое внимание на другие объекты. Были в группе и те, кто вовсе игнорировал предмет. Ориентацию на образец и оценку взрослого дети не демонстрировали, целенаправленность проявил только один ребенок. Деятельность сопровождалась вокализациями и усеченными словами лишь у двоих детей.

Ситуация 4 «Действия по образцу» организовывалась с целью выявления целенаправленности и самостоятельности ребенка в процессе



совершения предметно-практических действий. В этой пробе дети действовали аналогично. Некоторая часть детей были «успешны» в самостоятельной игре, у них получился готовый продукт, однако совсем не тот, который необходимо было создать – весь процесс служил для получения сенсорно приятных впечатлений. Другие дети не смогли самостоятельно вступить в игру, демонстрируя в совместной игре эмоциональную вовлеченность и совершая, хоть и в малом объеме, очень условно, ориентировочные и культурно-фиксированные действия. Как и в предыдущих пробах, дети на оценку взрослого не ориентировались, образец правильного действия ими игно-

рировался. Отдельными вокализациями свою деятельность сопровождали лишь немногие из группы.

В ходе изучения сформированности предметно-практических действий у детей раннего возраста с РАС можно сделать вывод, что в ситуациях «Индивидуальная игра» и «Действия по образцу» дети испытывали наибольшие затруднения, так как «застревали» на манипуляциях с предметами. Наиболее успешными дети были в ситуации «Совместная игра», так как, эмоционально заражались от взрослого, осмыслили происходящее и подражали его действиям (Рисунок 1).

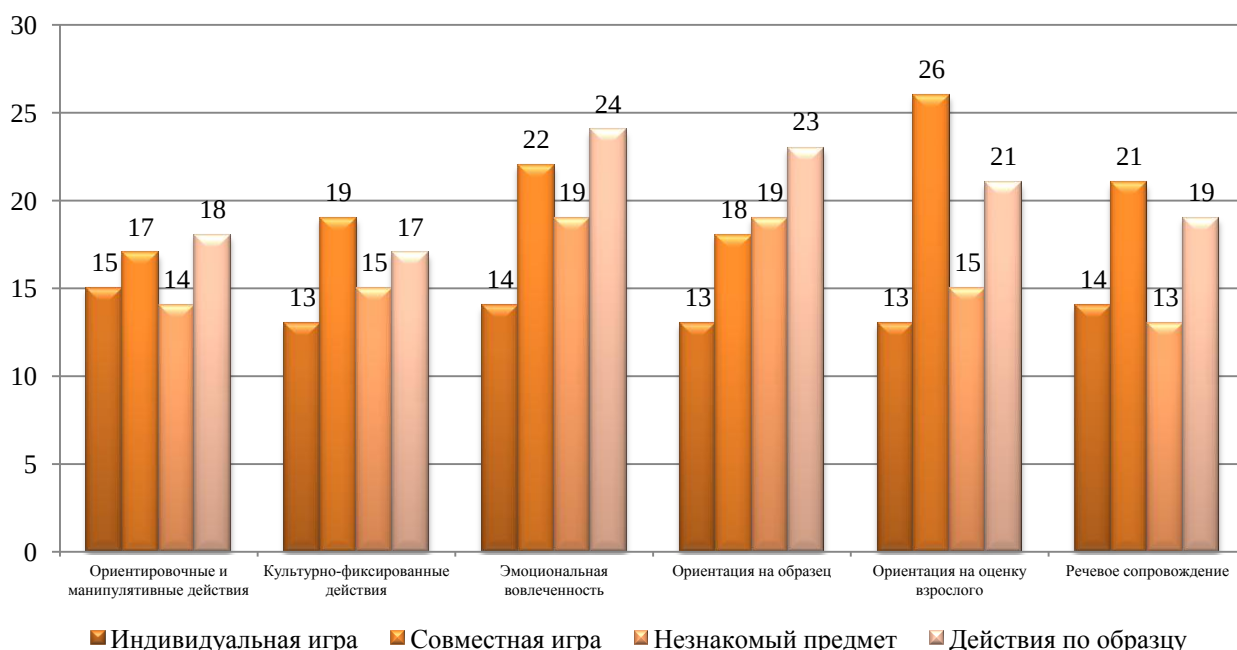


Рисунок 1. Результаты наблюдения за предметно-практическими действиями в различных диагностических ситуациях

Выводы

В процессе наблюдения выяснилось, что дети раннего возраста с РАС имеют низкий уровень развития игровых действий, проявляя слабый интерес к предметам, не владея культурно-фиксированными действиями. Они часто отвлекаются, совершая однообразные манипуляции с предметами, игнорируют правильные образцы действий, предложенные взрослым, не ориентируются на его оценку, в процессе деятельности наблюдается отсутствие настойчивости и стремления к самостоятельности.

После качественно-количественного анализа полученных данных можно сделать вывод, что поведение некоторых детей меняется в зависимости от заданной ситуации. Наибольшие трудности наблюдались у детей в ситуации «Индивидуальная игра»: дети совершали больше

неспецифических манипуляций, не ориентировались на взрослого, расположенного неподалеку. В ситуации «Совместная деятельность» при подключении взрослого, результаты несколько менялись: дети демонстрировали более высокий уровень эмоциональной вовлеченности, в целом же уровень развития действий с предметами, познавательная активность, включенность ребенка в общение со взрослым на довольно низком уровне. В ситуации «Незнакомый предмет» дети не проявляли высокой степени познавательной активности, игровые действия с таким предметом не совершали. Наибольшие трудности наблюдались при выстраивании игровых действий в ситуации «Действия по образцу», в которой, ввиду отсутствия совместно-разделенного внимания ребенка со взрослым, дети не могли подражать или копировать игровые действия взрослых.

Литература

1. Артемова, И.Г. Реализация базовой модели ранней помощи в Омской области / И.Г.Артемова, О.В.Марьенкина, Е.В.Орлова // Альманах Института коррекционной педагогики РАО. – 2018. – № 33. URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanac-33/> (Дата обращения: 05.03.2019).
2. Аршатская, О.С. Психологическое сопровождение детей раннего возраста с формирующимся синдромом детского аутизма / О.С.Аршатская // Диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук. – М.: ГНУ ИКП РАО, 2005. – 230 с.
3. Баенская, Е.Р. Нарушение аффективного развития ребенка в раннем возрасте как условие формирования детского аутизма / Е.Р.Баенская // Диссертация на соискание ученой степени доктора психологических наук. – М.: ГНУ ИКП РАО, 2008. – 220 с.
4. Ильченко, Н.В. Признаки раннего психического неблагополучия при формировании расстройств аутистического спектра у детей / Н.В.Ильченко, Е.А.Исаева // Детство, открытое миру. Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции. – Омск: Издательство ОмГПУ, 2016. – С. 180-184.
5. Никольская, О.С. Коррекция детского аутизма как нарушения аффективной сферы: содержание подхода / О.С.Никольская, Е.Р.Баенская // Дефектология. – 2014. – № 4. – С. 23-33.
6. Смирнова, Е.О. Диагностика психического развития детей от рождения до 3 лет: Методическое пособие для практических психологов / – Е.О.Смирнова, Л.Н. Галигузова, Т.В.Ермолова, С.Ю.Мещерякова. – СПб.: «ДЕТСТВО-ПРЕСС», 2005. – 144 с.
7. Эльконин, Д.Б. Психическое развитие в детских возрастах: Избранные психологические труды / Под редакцией Д.И.Фельдштейна. – 3-е изд. – М.: Московский психолого-социальный институт, Воронеж: НПО «МОДЭК», 2001. – 416 с.



МЕТОД АНАЛИЗА ВИДЕОМАТЕРИАЛОВ В ИЗУЧЕНИИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА С АУТИЗМОМ ИЛИ РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Д. Ю. Саркеева

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Омский государственный педагогический университет»*

sarkeyeva_diana@mail.ru

Аннотация. Статья посвящена одной из актуальных проблем в понимании детского аутизма – проблеме взаимодействия. В контексте междисциплинарного подхода к пониманию детского аутизма, подчеркивается практическая значимость исследования проблем взаимодействия взрослого и ребенка раннего возраста с расстройствами аутистического спектра. Метод экспертного анализа видеоматериалов подробно раскрывает трудности взаимодействия в паре матери и ребенка с аутизмом, и позволяет сделать предположение о том, что проблемы взаимодействия могут быть связаны не только с аутистическим расстройством ребенка раннего возраста, но и особенностями коммуникативного поведения матери в процессе взаимодействия.

Ключевые слова. ранний детский аутизм, расстройство аутистического спектра, взаимодействие матери и ребенка, ранний возраст, ранняя помощь, метод экспертного анализа видеоматериалов.

METHOD OF ANALYSIS OF VIDEO MATERIALS IN THE STUDY OF THE INTERACTION OF MOTHER AND A CHILD OF EARLY AGE WITH AUTISM OR RAC-BUILDINGS OF AUTHISTIC SPECTR

D. Yu. Sarkeeva

Abstract. The article is devoted to one of the topical problems in the understanding of children's autism – the problem of interaction. In the context of an interdisciplinary approach to the understanding of children's autism, the practical significance of the study of the problems of interaction between adults and young children with autism spectrum disorders is emphasized. The method of expert analysis of video materials reveals in detail the difficulties of interaction between a mother and a child with autism, and suggests that the problems of interaction can be associated not only with autistic disorder of an early child, but also the peculiarities of communicative behavior of the mother in the process of interaction.

Keywords. early infantile autism, autism spectrum disorder, the interaction of mother and child, early age, early intervention, method of expert analysis of video materials.

Ранний детский аутизм уже на протяжении многих десятилетий привлекает внимание не только психиатров, детских психоневрологов, но и специальных психологов. В рамках международной классификации болезней 10-го пересмотра аутизм входит в группу психических расстройств и расстройств поведения. В клинической практике принято считать, что манифестация синдрома детского аутизма происходит к 3-м годам. В этом возрасте психическое развитие аутичного ребенка уже имеет черты искаженности, а нарушения имеют первазивный характер. Вместе с тем, отечественные и зарубежные исследования последних десятилетий убедительно доказывают возможность более ранней диагностики неблагополучия в развитии аффективной сферы ребенка, что значительно повышает профилактический потенциал формирования наиболее выраженных эмоциональных нарушений [6; 7; 8].

Говоря о современных тенденциях, в клинической практике все чаще используется термин расстройств аутистического спектра (РАС), в отношении детей раннего возраста. РАС (расстройство аутистического спектра) представля-

ет собой спектр психических нарушений, который характеризуется отдельными чертами эмоционального неблагополучия, признаки которого становятся очевидными уже во втором полугодии первого года жизни. При этом, на первый план выступает несформированность совместно разделенного переживания ребенка со взрослым, что качественно нарушает процесс взаимодействия [3; 4].



Актуальность

В раннем возрасте взаимодействие со взрослым является неотъемлемой частью и важным условием всестороннего развития ребенка. Благодаря активному сотрудничеству со взрослым, общению с ним, выстраиванию различного рода взаимодействий возможно развитие ведущего вида деятельности, а значит, и овладение важнейшими психическими новообразованиями раннего возраста. В связи с нарушением аффективной регуляции, дети с расстройствами аутистического спектра испытывают значительные трудности в выстраивании как первых контактов, так и дальнейшего продуктивного взаимодействия со взрослым. В связи с этим, все более актуальным становится детальное исследование проблем формирования и развития взаимодействия со взрослым у ребенка раннего возраста с расстройствами аутистического спектра, для наиболее грамотного построения коррекционной работы с ребенком и повышения абилитационного и реабилитационного потенциала его семьи.

Методология

Эмпирическое исследование было организовано с целью изучения особенностей взаимодействия со взрослым у детей раннего возраста с расстройствами аутистического спектра.

Объект исследования: взаимодействие детей раннего возраста со взрослыми.

Предмет исследования: специфические трудности взаимодействия детей раннего возраста с расстройствами аутистического спектра с матерью.

Гипотеза исследования: мы предполагаем, что специфические трудности развития взаимодействия матери и ребенка раннего возраста с расстройствами аутистического спектра будут определены: с одной стороны, нарушением эмоциональной регуляции при расстройствах аутистического спектра, с другой – особенностями коммуникативного поведения матери в процессе взаимодействия.

Эмпирическое исследование было организовано и проведено на базе Лекотеки для детей раннего возраста, при ФГБОУ ВО «Омский государственный педагогический университет», которая функционирует в формате библиотеки игрушек. Это одна из альтернативных форм реализации системы ранней помощи детям с ОВЗ, в том числе с расстройствами аутистического спектра в Омском регионе [2; 5].

В исследовании приняли участие 10 семей, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра в возрасте от двух до трех лет. Все дети воспитываются в полных, благополучных семьях, где матерям отводится ведущая роль в воспитании ребенка. Средний возраст матерей 32,1 год, уровень образования – высшее. У всех детей экспериментальной груп-

пы имеется заключение детского психиатра или психоневролога о наличии расстройств аутистического спектра.

Методы

Среди большого многообразия диагностических методик, которые направлены на изучение процесса взаимодействия, не существует диагностического инструментария, который был бы рассчитан на детей раннего возраста и учитывал бы специфику детей с расстройствами аутистического спектра. В качестве, основного метода изучения особенностей взаимодействия матери и ребенка с РАС, нами был использован метод экспертного анализа видеоматериалов [1]. Видеосъемка проводилась в формате лабораторного наблюдения в течении 20-ти минут. Первая видеосъемка производилась при третьей-четвертой встрече исследователя и пары «взрослый – ребенок». Таким образом, исследователь, производящий съемку, был знаком и матери, и ребенку. Мы не ограничивали взрослого в формах, методах или средствах взаимодействия, принимая во внимания специфику расстройства, а предлагали в течении заданного времени, используя все пространство Лекотеки, играть так, как это происходит обычно. Для исключения субъективизма при анализе видеосъемки, к просмотру были привлечены три эксперта.

Результаты

Анализ видеоматериалов показал специфические трудности в процессе взаимодействия матери и ребенка раннего возраста с расстройствами аутистического спектра. Результаты фиксировались по следующим квалификационным параметрам: инициатива во взаимодействии, ответные реакции, дистанция во взаимодействии и характер предметных действий. Рассмотрим результаты по каждому параметру.

1. Инициативы матери во взаимодействии с ребенком

В первую очередь обращает на себя внимание огромное количество инициатив со стороны взрослого. Среднее количество проявленных инициатив составила в группе матерей – 60,9 за период 20-ти минутного взаимодействия. Из всего количества проявленных инициатив наибольший процент составили инициативы, предъявляемые ребенку с использованием речевых – 43,6% и предметно-действенных средств – 25,1%, что не совсем соответствует ни возрастным, ни индивидуально-типологическим особенностям детей с РАС. Реже взрослые использовали экспрессивномимические средства – 22,3% и наименьший показатель в инициативах с использованием тактильных прикосновений – 9,0%. Матери

прибегали к использованию данных средств в тех редких случаях, когда ребенок игнорировал их, не откликался на имя, при попытке физиче-

ски удержать ребенка в ситуации взаимодействия (Рисунок 1).

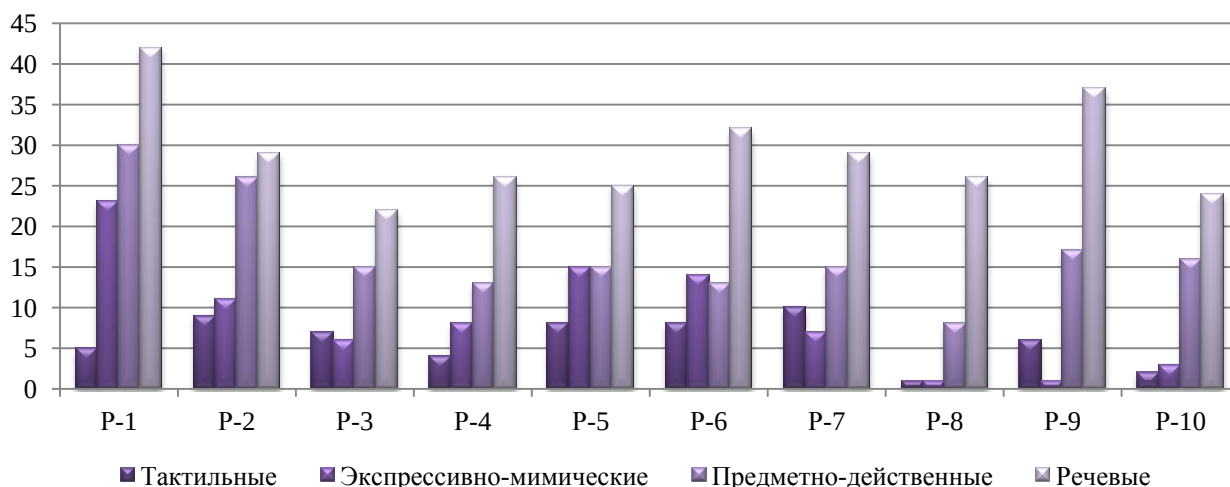


Рисунок 1. Характеристика средств, используемых матерью при инициативе во взаимодействии

2. Ответные реакции ребенка во взаимодействии с матерью

Несмотря на такой высокий показатель инициатив со стороны матери ответных реакций ребенка на данные инициативы было значительно меньше. Можно предположить, что большая часть средств, используемых взрослым при инициировании взаимодействия, оказалась недоступна для понимания ребенка. Среднее значение ответных реакций со стороны ребенка

составило 23,7, что значительно меньше количества предъявленных матерями инициатив (в среднем 60,9). Высокий показатель имеет игнорирование инициативы взрослого – 55,3%, Достаточно равномерно распределились принятие инициативы (23,2%) и отвержение, сопровождающееся резкими негативными эмоциональными реакциями со стороны ребенка – 21,5% (Рисунок 2).

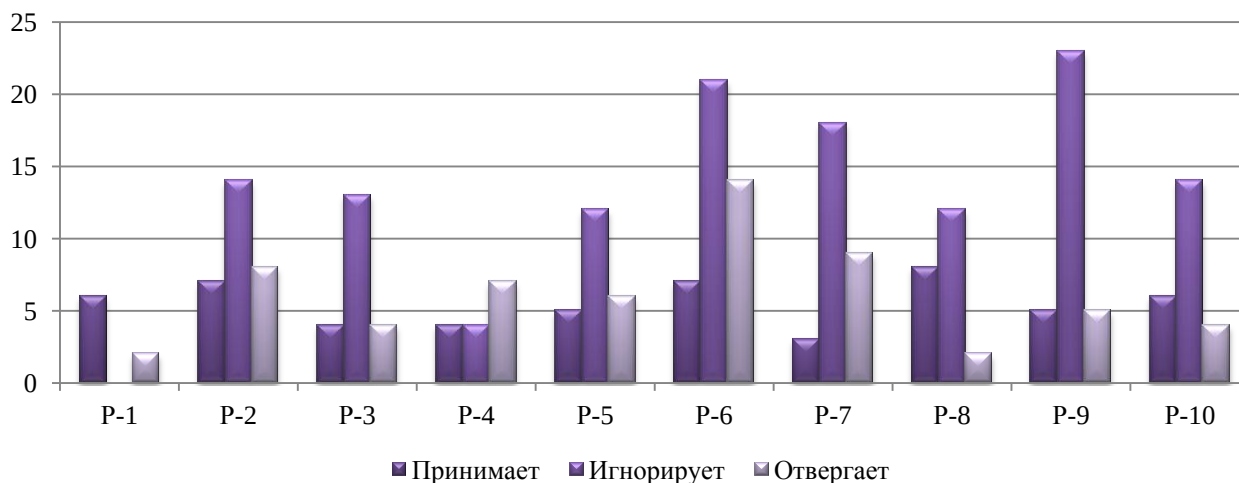


Рисунок 2. Характеристика ответных реакций детей на инициативы матери во взаимодействии

3. Инициативы ребенка во взаимодействии с матерью

Инициатив во взаимодействии со стороны ребенка было значительно меньше – в среднем 13 инициатив. Данные инициативы проявлялись у детей с использованием различных доступных им средств: прикосновения ко взрослому, речевые вокализации, приближение

ко взрослому или протягивание игровых предметов. В большинстве случаев дети использовали предметно-действенные инициативы – 65,4% и речевые (предречевые) инициативы – 19,2%. Значительно меньше дети использовали экспрессивно-мимические – 8,5% и тактильные средства выражения инициативы – 6,2%, (Рисунок 3).

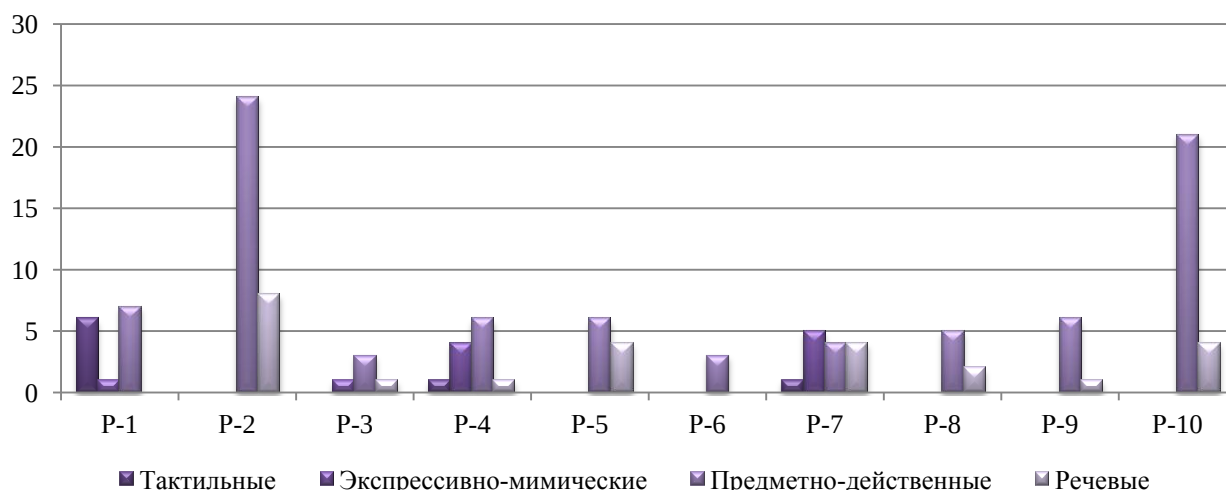


Рисунок 3. Характеристика средств, используемых ребенком при инициативе во взаимодействии

4. Ответные реакции матери во взаимодействии с ребенком

Несмотря на наличие инициатив со стороны ребенка во взаимодействии, далеко не все из них получали ответ со стороны матерей. Среднее значение всех ответных реакций с их стороны составило 10,7 ответов, которые способствовали развитию взаимодействия в данной паре. Положительный отклик со стороны взрослых на инициативы детей во взаимо-

действию составил 47,7%. Практически такой же процент составил показатель игнорирования со стороны матерей инициатив ребенка – 43,9%. Возможно это связано с тем, что матери не определяют определенные действия ребенка как инициативу во взаимодействии. Иногда имели место и отрицательные ответные реакции матерей, когда они демонстрируют отвержение инициативы ребенка – 8,4% (Рисунок 4).

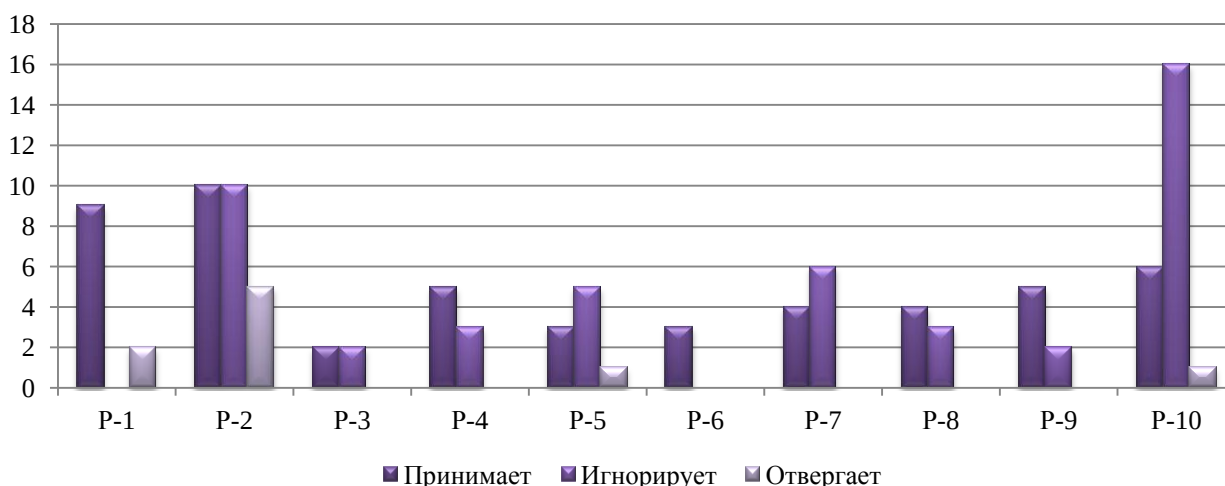


Рисунок 4. Характеристика ответных реакций матери на инициативы детей во взаимодействии

5. Дистанция во взаимодействии матери и ребенка с РАС.

Положительным феноменом на наш взгляд является стремление абсолютно всех матерей к многократному сокращению дистанции в процессе взаимодействия. Но со стороны ребенка отмечалась иная картина: в большинстве случаев дети стремились к увеличению дистанции в

процессе взаимодействия с матерью – 66,3%. Это было связано с нарастающим дискомфортом ребенка, его эмоциональным пресыщением, что не всегда учитывалось матерями. Некоторые дети хоть и стремились сократить дистанцию – 33,3%, было это не часто и эпизодически, в ситуациях особой потребности во взрослом (Рисунок 5).

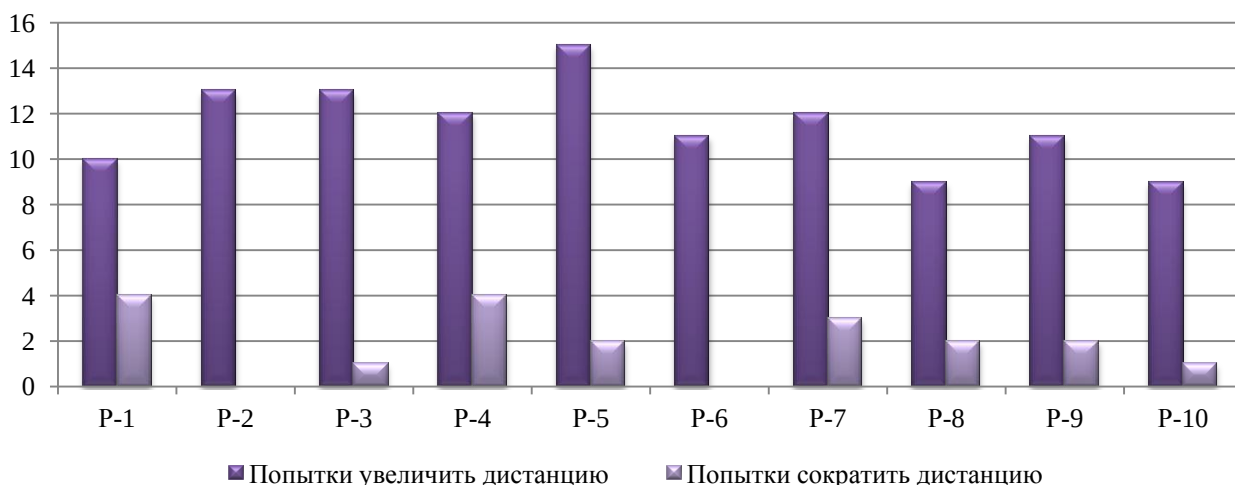


Рисунок 5. Характеристика стремления ребенка к сохранению дистанции во взаимодействии с матерью

6. Характер предметных действий матери во взаимодействии

Взаимодействие матери и ребенка выстраивалось как в попытках ситуативно-личностного, так и в русле предметно-практической деятельности. В большинстве случаев, матери совершали попытки выстраивания предметно-игровой деятельности, предлагая специфические и культурно-

фиксированные способы действий с предметами – 47,1%. Также были использованы ориентировочно-исследовательские действия, их значение составило 33,3%. Наименьший показатель имеет неспецифические манипуляции, которые использовали родители в редких случаях, пытаясь повторить в след за ребенком – 19,5% (Рисунок 6).

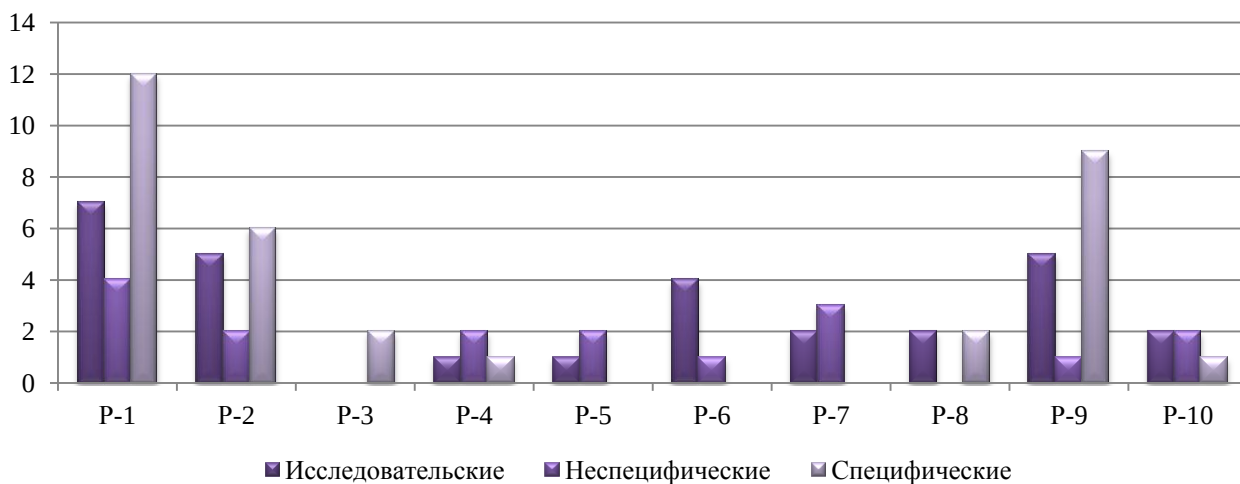


Рисунок 6. Характеристика используемых матерью видов действий с предметами во взаимодействии

7. Характер предметных действий ребенка во взаимодействии

Несмотря на стремление матерей к выстраиванию взаимодействия в рамках предметно-игровой деятельности, многие действия были недоступны для ребенка. Дети отдавали

предпочтение неспецифическим манипуляциям и стереотипным действиям с предметами – 53,1%. Вместе с тем, были зафиксированы попытки ориентировочно-исследовательских (18,6%) и специфических (28,3%) действий с предметами (Рисунок 7).

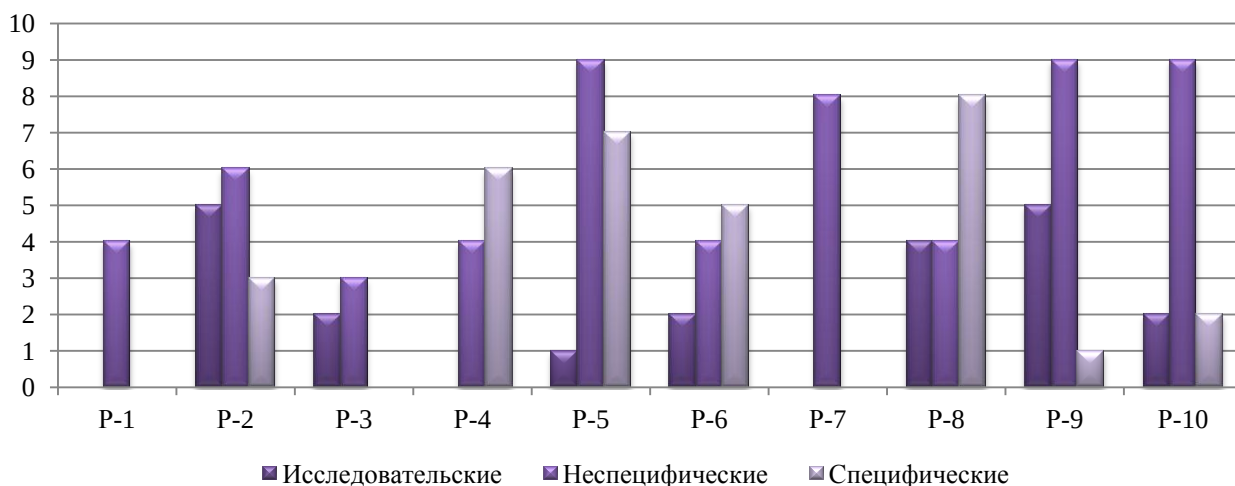


Рисунок 7. Характеристика используемых ребенком видов действий с предметами во взаимодействии

Обсуждение результатов

Результаты, полученные в ходе анализа видеоматериалов взаимодействия матери и ребенка позволяют выделить следующие трудности со стороны ребенка:

- недостаточное количество инициатив во взаимодействии с матерью, отсутствие настойчивости в их предъявлении и крайне ограниченный репертуар способов их предъявления из-за недостаточности эмоциональной регуляции, что создает некоторые трудности для их понимания матерями, и не способствует развитию взаимодействия, осложняя коммуникативное поведение матерей;

- в ответном поведении, ребенок часто игнорирует или отвергает предложения матери ввиду собственной эмоциональной неустойчивости, завышенных требований со стороны взрослого, трудностей понимания содержания инициатив матери, и неспособности своевременно дать ответную реакцию;

- ввиду эмоциональной истощаемости, ребенку часто приходится отстраняться от взрослого в процессе взаимодействия, что ошибочно воспринимается матерями, как нежелание играть и общаться вместе, а в некоторых случаях настойчивым желанием вернуть ребенка в ситуацию взаимодействия;

- ребенок использует в процессе взаимодействия стереотипные неспецифические манипуляции, как единственный доступный способ активного взаимодействия с окружающим миром, что не всегда соответствовало представлениям взрослого об игровом взаимодействии, и, следовательно, не всегда приводило к совместному результату.

Трудности взаимодействия в указанных парах были связаны и с нарушениями коммуникативного поведения со стороны матери:

- чрезмерное количество инициатив со стороны матерей не позволяет выстроить взаимодействие успешно, так как у детей не остается времени для ответа, содержание зачастую оказываются непонятными для ребенка, а средства, которые использует мать, не соответствуют, ни возможностям, ни особым потребностям ребенка с РАС;

- матери не всегда отвечали на инициативное поведение ребенка, которое было хоть и достаточно редким, но очень значимым, не принимая его действия за инициативу, не поддерживали его действия, считая бессмысленными, и пытались вместо ответа предлагать собственные инициативы иного содержания;

- в процессе взаимодействия наблюдалось стремление к постоянному сокращению дистанции, что не соответствует потребностям ребенка и уровню эмоциональной регуляции, либо попытки не допустить «уход» со стороны ребенка, физически сдерживая его или механически возвращая (тянут за руку, поворачивают голову к предметам, разворачивают);

- матери не подстраивались под стереотипные неспецифические манипуляции, как единственному способу активности ребенка, пытаясь переключить ребенка на культурно-фиксированные способы действий с другими игровыми предметами, выстраивая отобразительную игру, что затрудняло совместную деятельность и получение в ходе взаимодействия совместного результата.

Выводы

Эмпирическое исследование взаимодействия в парах матерей и детей с расстройствами аутистического спектра показывает наличие специфических трудностей уже на этапе раннего детства. Нарушения взаимодействия носят стойкий характер и достаточную вариативность

в рамках экспериментальной группы, что подтверждено диаграммами с индивидуальным распределением исследуемого признака. Благодаря использованию метода экспертного анализа видеоматериалов стали очевидными скрытые проблемы взаимодействия в данных парах. Гипотеза о том, что специфические трудности развития взаимодействия матери и ребенка раннего возраста с расстройствами аутистического спектра определяются как на-

рушением эмоциональной регуляции при расстройствах аутистического спектра, так и особенностями коммуникативного поведения матери в процессе взаимодействия, подтвердилась. Полученные результаты необходимо учитывать при реализации специалистами программ комплексного клиничко-психолого-педагогического сопровождения семьи в системе ранней помощи.

Литература

1. Айвазян, Е.Б. Исследование общения взрослого и ребенка первых лет жизни с ограниченными возможностями здоровья: методический инструментарий / Е.Б.Айвазян, Т.П.Кудрина, Г.Ю.Одиноква, Е.В.Орлова, Ю.А.Разенкова // Альманах Института коррекционной педагогики РАО. – 2018. – № 32. URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanac-32/> (Дата обращения: 19.02.2018).
2. Артемова, И.Г. Реализация базовой модели ранней помощи в Омской области / И.Г.Артемова, О.В.Марьенкина, Е.В.Орлова // Альманах Института коррекционной педагогики РАО. – 2018. – № 33. URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanac-33/> (Дата обращения: 09.02.2018).
3. Аршатская, О.С. Психологическое сопровождение детей раннего возраста с формирующимся синдромом детского аутизма / О.С.Аршатская // Диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук. – М.: ГНУ ИКП РАО, 2005. – 230 с.
4. Баенская, Е.Р. Нарушение аффективного развития ребенка в раннем возрасте как условие формирования детского аутизма / Е.Р.Баенская // Диссертация на соискание ученой степени доктора психологических наук. – М.: ГНУ ИКП РАО, 2008. – 220 с.
5. Ильченко, Н.В. Признаки раннего психического неблагополучия при формировании расстройств аутистического спектра у детей / Н.В.Ильченко, Е.А.Исаева // Детство, открытое миру. Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции. – Омск: Издательство ОмГПУ, 2016. – С. 180-184.
6. Никольская, О.С. Коррекция детского аутизма как нарушения аффективной сферы: содержание подхода / О.С.Никольская, Е.Р.Баенская // Дефектология. – 2014. – № 4. – С. 23-33.
7. Biklen, D. Communication unbound: Autism and praxis / D.Biklen // Harvard Education Review. – 1990. – V. 60. – P. 291-314.
8. Nassar, N. Autism spectrum disorders in young children: effect of changes in diagnostic practices / N.Nassar, G.Dixon, J.Bourke // Epidemiol. – 2009. – V. 38 (5). – P. 245-254.



Редакция сетевого издания «Омский психиатрический журнал» принимает к публикации материалы по теоретическим и клиническим аспектам, клинические лекции, обзорные статьи, случаи из практики и др., по следующим темам:

1. Региональные и социальные аспекты психиатрии.
2. Клиника психических расстройств.
3. Возрастные аспекты психиатрии.
4. Клиническая психология.
5. Психиатрия и право.
6. Психофармакология.
7. Организация психиатрической помощи.
8. Психотерапия и реабилитация в психиатрии.
9. Сестринское дело в психиатрии.
10. Другие близкие темы.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила оформления:

1. Статья предоставляется в электронной версии.
 2. На отдельной странице указываются контактная информация: полные ФИО, звание, ученая степень, место работы, должность, контактный телефон и адрес электронной почты каждого автора.
 3. Объем статьи должен составлять не менее 4 и не более 10 страниц машинописного текста (для обзоров – не более 24 страниц). Текст статьи должен быть набран шрифтом TimesNewRoman12 через полуторный интервал, ширина полей – 2 см. Каждый абзац должен начинаться с красной строки, которая устанавливается в меню «Абзац».
 4. При оформлении статьи на 1-й странице текста указываются инициалы и фамилия автора (авторов), название статьи, полное название учреждения, в котором работает автор (авторы).
 5. Перед названием статьи указывается УДК.
 6. К статье прилагается резюме и ключевые слова на русском и английском языках (объемом не более 100 слов). В резюме дается краткое описание работы, в том числе цель исследования, материал и методы (количество больных, используемая методика), полученные результаты и основные выводы.
 7. Таблицы должны быть компактными, иметь порядковый номер, название и четко обозначенные графы.
 8. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрами в квадратных скобках в соответствии с пристатейным списком литературы, оформленным в соответствии с ГОСТом и расположенным в конце статьи. В списке перечисляются в алфавитном порядке сначала отечественные, затем зарубежные авторы. Все библиографические ссылки в тексте должны быть пронумерованы в соответствии с их положением в списке литературы. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.
 9. В тексте рекомендуется использовать международные названия лекарственных средств, которые пишутся с маленькой буквы. Торговые названия препаратов пишутся с большой буквы.
 10. Редакция оставляет за собой право научного редактирования, сокращения и литературной правки текста, а так же отклонения работы из-за несоответствия ее требованиям журнала либо нарушений действующего законодательства. Причины отклонения статей автору не сообщаются, текст рукописи не возвращается.
- Редакция не принимает на себя ответственности за нарушение авторских и финансовых прав, произошедшие по вине авторов присланных материалов.