

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«ЕЛЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. И.А. БУНИНА»

**О.А. Подольская, И.В. Яковлева**

# **РАННИЙ ДЕТСКИЙ АУТИЗМ: ОСОБЕННОСТИ И КОРРЕКЦИЯ**

Учебное пособие

Елец – 2020

УДК 615.851

ББК 74.3

**П 44**

Печатается по решению редакционно-издательского совета  
Елецкого государственного университета им. И.А. Бунина  
от 28.01.2020 г., протокол №1

Рецензенты:

*Е.А. Чаладзе*, кандидат педагогических наук, доцент, заведующий кафедрой логопедии ФГБОУ «Самарский государственный социально-педагогический университет»;

*С.В. Маркова*, кандидат психологических наук, доцент кафедры дошкольного и специального образования ФГБОУ ВО «Елецкий государственный университет им. И.А.Бунина»

**О.А. Подольская, И.В. Яковлева**

**П 44 Ранний детский аутизм: особенности и коррекция:** учебное пособие. – Елец: ФГБОУ ВО «Елецкий государственный университет им. И.А. Бунина», 2020. – 83 с.  
ISBN 978-5-00151-119-9

Содержание данного пособия позволяет получить целостное представление о раннем детском аутизме, особенностях и коррекции. В пособии отражены основные подходы к организации сопровождения обучения детей с расстройствами аутистического спектра в образовательном процессе, представлена методика PECS и формы соответствующей работы с родителями.

Учебное пособие адресовано обучающимся направлений подготовки: 44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование. Направленность (профиль): «Логопедия»; 44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование. Направленность (профиль): «Психолого-педагогическое сопровождение лиц с ограниченными возможностями здоровья»; 44.03.05 Педагогическое образование (с двумя профилями подготовки). Направленность (профиль): Дошкольное образование. Коррекционная педагогика.

УДК 615.851

ББК 74.3

ISBN 978-5-00151-119-9

© ФГБОУ ВО «Елецкий государственный университет им. И.А. Бунина», 2020

## ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время ключевыми задачами государственной политики в области детства является поддержка детей с ограниченными возможностями здоровья, их надлежащая социальная и правовая защита, создание благоприятных условий для их жизнедеятельности, обучения и развития. Одним из важнейших направлений этой деятельности является реабилитация детей с аутистическими расстройствами.

Проблема расстройств аутистического спектра является одной из наиболее актуальных, это обусловлено неуклонным ростом числа детей, с ранним детским аутизмом.

Распространенность аутизма и расстройств аутистического спектра составляет около 20 случаев на 10000 детского населения (Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. и др.). На современном этапе аутизм рассматривается как группа синдромов разного происхождения, характеризующихся нарушением социального взаимодействия и общения, стереотипным поведением, среди которых выделяется синдром Каннера (ранний детский аутизм), атипичный аутизм, синдром Ретта, синдром Аспергера и др.

Ранний детский аутизм (РДА) в настоящее время рассматривается не только как клиническая, но, и как психолого-педагогическая проблема и в связи с запросом общества на введение в образовательное пространство категорий детей, ранее признаваемых необучаемыми.

Детский аутизм проявляется в разных формах, при различных уровнях интеллектуального и речевого развития (Лалаева Р.П., Серебрякова Н.В. и др.). Неговорящие аутичные дети отличаются наиболее глубокими аффективными расстройствами, резким снижением психического тонуса, тяжелыми нарушениями произвольной деятельности, целенаправленности, они не испытывают потребности в общении с окружающим миром.

Как показывает отечественный и зарубежный опыт ранняя диагностика, длительная комплексная адекватная медико-психолого-педагогическая коррекция дает возможность большинству аутичных детей обучаться в школе, нередко обнаруживая одаренность в отдельных областях знаний и искусстве.

Систематическая комплексная психолого-педагогическая коррекция детей-аутистов возможна лишь в специально организованных условиях, когда имеется возможность проследить динамику развития каждого ребенка, начиная с раннего возраста.

Задачами курса «Ранний детский аутизм: особенности и коррекция» являются:

- формирование у бакалавров знаний о структуре дефекта при раннем детском аутизме и особенностях его проявления у детей;
- ознакомление с диагностическими критериями раннего детского аутизма;
- изучение особенностей коррекционной работы при раннем детском аутизме;

– формирование у бакалавров профессиональных умений и навыков осуществления коррекционно-педагогической работы с детьми с ранним детским аутизмом;

– развитие гуманного отношения бакалавров к детям с ранним детским аутизмом.

В учебном пособии раскрыты различные направления психолого-педагогической и коррекционно-логопедической работы с детьми аутистическими расстройствами, подробно представлена методика PECS, рассматриваются различные варианты взаимодействия педагогов с родителями детей с аутизмом.

Данное учебное пособие отражает ключевые вопросы особенностей синдрома раннего детского аутизма, содержания, методов и приемов его коррекции в контексте учебной дисциплины «Ранний детский аутизм: особенности и коррекция». Оно предназначено для обучающихся вузов по направлениям подготовки: 44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование. Направленность (профиль): «Логопедия»; 44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование. Направленность (профиль): «Психолого-педагогическое сопровождение лиц с ограниченными возможностями здоровья»; 44.03.05 Педагогическое образование (с двумя профилями подготовки). Направленность (профиль): Дошкольное образование. Коррекционная педагогика.

Пособие содержит образовательный материал, распределенный по темам, задания для самоконтроля, тестовые задания, список используемой и рекомендуемой литературы.

# ТЕМА 1. ОБЩИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О РАННЕМ ДЕТСКОМ АУТИЗМЕ (РДА)

## План

1. Понятие, причины раннего детского аутизма (РДА).
2. Классификация раннего детского аутизма (РДА).
3. Психолого-педагогическая характеристика детей с ранним детским аутизмом.

### 1. Понятие, причины раннего детского аутизма (РДА)

В настоящее время в мире насчитывается более 6,5 миллионов аутистов. За последнее время рост заболевания резко увеличился. По данным Всемирной организации здравоохранения в 2019 году 1 случай аутизма приходится на 150 детей. Аутизм является болезнью 21 века.

Термин «аутизм» ввел психиатр Е. Блейлер, рассматривая данное понятие как умение оторвать ассоциации от опытной данности, при этом игнорируя действительные отношения. Первоначально под аутизмом Е. Блейлер понимал особенность мышления пациентов с шизофренией, основной чертой которых был уход в себя и от реальности.

Впервые в 1943 году американский клиницист Лео Каннер описал синдром, который наблюдал в детской психиатрической практике и обозначил его как ранний детский аутизм (РДА). Ключевым нарушением он считал невозможность детей с самого рождения устанавливать отношения с окружающими людьми и правильно реагировать на внешнюю ситуацию. Изначально Лео Каннер это нарушение относил к детской форме шизофрении. В дальнейшем он пришел к выводу, что данное расстройство носит самостоятельный характер. Причинами Лео Каннер считал аффективную сферу и органические нарушения. До сих пор не прекращаются споры в отношении этиологии, патогенеза, клиники, лечения, прогноза раннего детского аутизма [3].

Аутизм рассматривается как отрыв от реальности, уход в себя, отсутствие реакций на внешние раздражители, пассивность и сверххранимость в контактах со средой.

Основные признаки аутизма проявляются во врожденной неспособности ребенка установить контакты с окружающими при помощи взглядов, мимики, жестов; стереотипности поведений. Речь идет о склонностях к постоянствам, сверхпристрастиям к различным объектам, сопротивлению к изменениям в окружающем пространстве. Дети-аутисты своеобразно реагируют на различную дискомфортную обстановку, на то, как на них с раздражением действуют впечатления. У таких детей наблюдается задержка речевого развития, причем, это не связано с тем, какой уровень развития интеллектуальности. Аутизм проявляется очень рано, в основном, это происходит до тридцатого месяца жизни [1].

Наиболее ярко аутизм наблюдается в возрасте 3-5 лет и отмечается страхами, агрессией, негативизмом. В последующем проявляются нарушения интеллектуального и личностного развития.

Аутизм как расстройство отмечается при разных психических нарушениях. В некоторых случаях он обнаруживается очень рано (в первые месяцы и годы жизни ребенка), занимает основное место в клинической картине. Тем самым, оказывая неблагоприятное влияние на все психические процессы.

В этом случае говорят о синдроме раннего детского аутизма (РДА), который является искаженным вариантом психического развития. При аутизме одни психические функции развиваются медленно, другие – патологически ускоренно. Часто развитие гнозиса опережает праксис (в норме – наоборот). Иногда отмечается не по возрасту богатый словарный запас с неразвитой коммуникативной функцией речи [8].

В большинстве случаев встречаются не все клинические характеристики, требуемые для установления диагноза РДА. Принятые критерии Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) при расстройстве аутистического спектра выделяют нарушения в сфере социального взаимодействия и способности к общению, ограниченные, стереотипные формы поведения интересов и видов деятельности.

Причины аутизма взаимосвязаны с генами, которые влияют на созревание синаптических связей в коре головного мозга. Многие ученые сходятся во мнении, что в большинстве случаев РДА наследственно обусловлена.

Развитие аутизма зависит не от одного гена, а от группы генов, так называемый мультифакторный механизм. Генный комплекс обеспечивает передачу не самой патологии, а склонности к ее развитию осуществляются при наличии манифестного фактора, который может быть как экзогенным (травма, инфекция, интоксикация, психотравма и др.), так и эндогенным (возрастной криз, конституциональные особенности и др.) [1].

Органическое поражение центральной нервной системы рассматривается в связи с этиологией более 50 лет. Как показывает практика, у многих детей с диагнозом РДА отмечаются признаки органического поражения ЦНС. Тем не менее, их генезис и квалификация определяются очень сложно. Попытки связать аутизм с определенной локализацией поражения имелись, но для того, чтобы сделать конкретное заключение, накопленного материала недостаточно.

Огромное значение имеет врожденная эмоциональная хрупкость, недостаточная переносимость фрустраций, низкий порог возникновения тревоги. В данном случае, в процессе воздействия каких-либо неблагоприятных внешних факторов, а именно в недостаточном эмоциональном контакте с матерью (депрессия, тяжелые травматические переживания) ребенок закрывается от внешнего мира, который он воспринимает как травмирующий.

В своем «коконе» ребенок чувствует себя в большей безопасности. В результате у него с самого рождения формируется определенная структура личности, основанная на полной защите. Это в свою очередь нарушает весь ход

психического развития (психологического, эмоционального, интеллектуального).

В начале 50-х годов появилось предположение о психогенном происхождении отклонения, но оно не подтвердилось. В настоящее время большинство исследователей считают, что РДА является последствием своеобразной патологии. В ее основе лежит недостаточность центральной нервной системы РДА, проявляющаяся в процессе разных заболеваний (врожденная краснуха, туберозный склероз) [1].

Многие ученые (С.С. Мнухин 1949, Д.Н. Исаев, В.Е. Каган, К.С. Лебединский 1990) полагают, что органическое происхождение синдрома раннего детского аутизма взаимосвязано с внутриутробным поражением нервной системы, локализацией в коре головного мозга.

Зарубежные исследования в рамках психоаналитического подхода особое внимание в формировании раннего детского аутизма отводят хронической психотравмирующей ситуации (Б. Беттельхейм), обусловленной нарушением аффективной связи ребенка с матерью, холодностью, ее деспотическим давлением, влияющей на эмоциональную сферу и активность ребенка.

Основными причинами развития аутизма являются фенилкетонурия, краснуха, кишечные заболевания, химическое воздействие во время беременности. Имеется достоверная статистическая корреляция между синдромом слабой X-хромосомы и наличием аутизма. Тяжелые инфекции раннего постнатального периода могут быть причиной возникновения аутизма [7].

В настоящее время за рубежом исследованием возникновения аутизма и спецификой его проявления занимаются Л. Винг, К. Лорд, М. Раттер, Д.Л. Роббинс. Кроме этого, усовершенствуются методы обучения и диагностического инструментария. Проблема возникновения аутизма активно изучается зарубежными и российскими исследователями.

В исследованиях Е.Р. Баенской, М.М. Либлинга, В.В. Лебединского, О.С. Никольской рассматривается аутизм в качестве значительных нарушений в эмоциональной сфере дошкольников. Ученые В.М. Башина и Е. Courchesne проанализировали генетику и нейробиологию происхождения аутизма, который взаимосвязан с нарушенными функциями коры головного мозга.

Отечественная научная литература, анализируя наиболее существенные факторы, которые влияют на развитие аутичного ребенка, определяют непосредственный аутизм, т.е. когда ребенок уходит в себя. При этом, наблюдается стереотипное поведение и особенности в задержке и нарушениях речевого развития. Именно эти симптомы можно обнаружить в периоды второго и третьего года жизни детей.

Таким образом, клиническая картина проявления аутизма очень сложная. Исследователи указывают на множественность причин возникновения синдрома раннего аутизма. К ним относятся: влияние резидуально-органического фактора (последствия патологии беременности, родов, черепно-мозговых травм и инфекций); результат врожденной дисфункции мозга; как следствие недоразвития нейронных структур, необходимых для переработки информации.

## 2. Классификация раннего детского аутизма (РДА)

Выделяют несколько разных классификаций аутизма. В психиатрической практике применяется Международная классификация болезней 10-го пересмотра (1994). Она включает [6]:

- F84.0 Детский аутизм;
- F84.1 Атипичный аутизм;
- F84.2 Синдром Ретта;
- F84.3 Дезинтегративное расстройство детского возраста;
- F84.4 Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями;
- F84.5 Синдром Аспергера;
- F84.8 Другие первазивные расстройства развития;
- F84.9 Первазивные расстройства развития неспецифицированные.

**Детский аутизм** – общее расстройство развития, которое наиболее ярко наблюдается в возрасте до 3 лет. У детей нарушено социальное взаимодействие, общение, отмечено ограниченное, повторяющееся поведение. Таким образом, изменены три сферы социального взаимодействия. Чаще всего встречается у мальчиков, чем у девочек.

Предшествующего периода нормального развития практически не наблюдается. Обычно данное нарушение выявляют в возрасте до 3 лет. Дети качественно нарушают социальное взаимодействие. При этом дошкольники неадекватно оценивают окружающих, отсутствуют реакции на эмоции других людей. Они недостаточно используют социальные сигналы. У таких детей совершенно незначительно интегрируют социальность, эмоциональность, коммуникативность в собственном поведении. Такой вид нарушения всегда характеризуется ограниченностью, повторением, стереотипностью поведения, интересов, активности [12].

Поведение таких детей характеризуется особым порядком нефункциональности ритуалов. Ребенок может сопротивляться тому, что изменяется заведенный порядок или детали, которые его окружают. Кроме данных диагностических признаков, у детей проявляются страхи (фобии), наблюдаются нарушения сна и приема пищи, вспышки гнева и агрессивность. Для аутизма свойственна специфичность в том, как проявляется дефект, меняющийся вместе с ростом ребенка. И нарушения сохраняются в течение периодов взросления ребенка. Данный синдром отмечается во всех периодах возрастного развития. Аутизм характеризуется разными уровнями умственного развития, но в основном наиболее ярко проявляется умственная отсталость.

**Атипичный аутизм** достаточно часто встречается у детей с умственной отсталостью или тяжелым расстройством развития рецептивности в речи. Данный вид аутизма отличается тем, что у дошкольников отсутствуют диагностические критерии, это касается возраста детей трех – пяти лет. Это впервые проявляется после трех лет.



У детей отсутствуют достаточно отчетливые нарушения в одной или двух из трех сфер психопатологии, которые нужны для того, чтобы диагностировать аутизм. Речь идет о нарушениях в социальных сферах (взаимодействие, общение, ограниченность, стереотипность, повторяемость в поведении). Рассматриваемый вид аутизма наиболее часто диагностируется у детей с глубокой умственной отсталостью. У них в функционировании отмечен низкий уровень, а, следовательно, наблюдается малый объем простора для того, чтобы проявилось специфическое отклоняющееся поведение, которое необходимо для диагностики аутизма. Необходимо констатировать значительное отклонение атипичного аутизма от обычного аутизма [11].

**Синдром Ретта.** Данное заболевание является наследственным. Оно диагностируется у девочек. До года или полутора лет ребенок развивается нормально, но затем девочки теряют навыки в речи, пропадают двигательные навыки, дети забывают о предметно-ролевых навыках. Они стереотипно и однообразно двигают руками, потирают и заламывают их. У девочек затруднена речь, иногда она мутирует или пропадает. Девочки как бы выдавливают из себя смех, а потом их поведение становится импульсивным.

**Другие дезинтегративные расстройства детского возраста.** Заболевание постепенно прогрессирует, но при этом развивается деменция. Нарушения социализации и общения типичны скорее для аутизма, чем для нарушения интеллекта. В данную группу включаются рано развившиеся прогрессирующие заболевания с остановкой и регрессией психического развития, а также нарушением социального, коммуникативного и поведенческого функционирования. Обычно, это сопровождается стереотипными движениями и аутистическим поведением. Для диагноза важно, что всегда предшествует период нормального развития и нет доказательств распознаваемого органического повреждения мозга.

**Гиперактивные расстройства, сочетающиеся с умственной отсталостью и стереотипными движениями.** Признаки характеризуются названием заболевания. Выраженная, глубокая и тяжелая умственная отсталость с осложняющей симптоматикой.

**Синдром Аспергера.** Впервые его описал в 1944 году венский психиатр Г. Аспергер. Он рассматривал это нарушение как расстройство личности и обозначил аутистической психопатией. В настоящее время происхождение данного расстройства не определено. Синдром Аспергера представляет собой мягкий вариант аутистического расстройства [4].

Форма аутизма, которая отличается сохранностью способности функционировать. Данный синдром отличается тем, что клинические относительно стерты. У детей отмечается нормальный интеллект, слаборазвитые социальные способности. Для них характерны качественные нарушения в социальном взаимодействии и ограниченность, повтор, стереотип в поведенческих особенностях, в интересах и занятиях. Чем дальше развивается ребенок, тем более формируется особая личность, которая приближается к шизоидному типу.

Синдром Аспергера носит характер качественного нарушения социального взаимодействия, наличие стереотипного, повторяющегося ограниченного поведения, интересов и занятий, что и типичный детский аутизм. Тем не менее, при синдроме Аспергера нет задержки в речевом и интеллектуальном развитии. В основном у большей части детей отмечается нормальный интеллект. Моторное развитие имеет следующие особенности: они ходят неуклюжи, движения неравномерные, стереотипные. У мальчиков данное расстройство наблюдается чаще, чем у девочек. Для них характерны эгоцентризм, низкая потребность во взаимодействии со сверстниками. В общении дети наивны, не умеют обманывать или делают это своеобразным образом, часто в ущерб себе. Для них свойственно повышенная ранимость к замечаниям и обидам, фиксированный, «загадочный» взгляд, бедность мимики, жестов и языка тела [1].

**Первазивные расстройства развития неспецифицированные** полное нарушение социального взаимодействия или вербальной и невербальной коммуникации. Диагностика проводится в случаях ограниченности поведения. Критерии специфики первазивных и аналогичных им расстройств не всегда соответствуют интересам и занятиям детей. В большом количестве случаев неспецифическое первазивное расстройство развития получило название атипичного аутизма, так как не соответствует критериям аутистического расстройства. Например, обнаруживается позднее или в наименьшей мере выражено, или могут проявляться все три критерия вместе взятые. Однако, в МКБ-10 атипичный аутизм и неспецифическое расстройство развития разделяются и имеют разные коды [6].

Таким образом, главными клиническими симптомами РДА является: раннее начало заболевания; нарушенный контакт с матерью; поведение, характерное для аутистов; стереотипность в поведении; неравномерность в созревании всех сфер функциональных действий; особенности речевого развития.

Клинико-психологическая классификация (О.С. Никольская, К.С. Лебединская, 1985-1987). Авторы выделяют четыре группы раннего детского аутизма. Основные критерии данной классификации:

- характер и степень нарушений взаимодействия с внешней средой;
- характер и степень первичных расстройств.

**Первая группа характеризуется полной отрешенностью от всего происходящего.**

Данная группа детей отличается глубокой аутичностью. Они отмечены максимальной отрешенностью от действительности, которая их окружает. Дети не разговаривают, у них нет потребности контактировать с окружающими. Для них характерна потребность выражения «полевого» поведения. Действия, которые производит ребенок, совершенно не есть результат, который есть внутреннее решение, либо какое-то обдуманное желание. На то, как действует ребенок, влияет то, как пространственно организованы объекты в окружающем помещении. Поэтому в поведении ребенка наблюдается бесцельное перемещение по комнатам, небольшое касание предметов. Характерологическим в поведении

детей данной группы является своеобразное эхо посторонних впечатлений, которое отражает внутренние устремления [10].

Данная категория детей не контактирует с людьми и окружающим миром, причем, даже не стремясь наладить этот контакт. Дети данной группы не имеют активных средств защиты. У них отсутствует активность в формах ауто-стимуляции, речь идет моторной стереотипии. Аутисты отрешены от всего происходящего вокруг. Самое большое желание таких детей – отгородиться ото всего. У таких детей отсутствует речь, жесты, мимика, изобразительные движения. Этой группе детей не нужны никакие точки соприкосновения с окружающей действительностью. У них происходит игнорирование мокрых пеленок, жизненно важных, витальных потребностей. У таких детей отмечается непереносимость взгляда глаза в глаза, отказ от разных видов телесных контактов.

#### **Вторая группа – активное отвержение окружающей среды.**

У данной группы детей контактирование нарушено значительно меньше. Они достаточно сильно дезадаптированы в окружающей среде. Поведение детей стереотипно, дошкольники избирательны в выборе еды, одежды, маршрутов передвижения. Выражение лиц детей этой группы очень часто выражают страхи перед окружающим миром. Дошкольники могут установить социумные контакты, хотя они выбирают себе объект для общения избирательно и фиксировано. Дети имеют узкие и жесткие предпочтения. Для них характерны взмахи рук, повороты головы, манипуляции различными предметами, то есть, представлены стереотипные моторные движения. Дети этой группы отличаются более развитой речью, они используют её для того, чтобы обозначить свои потребности. Но во фразовой речи присутствуют стереотипы и речевые штампы, копированные из внешнего мира. Ребенок не называет себя в качестве первого лица. Они часто используют фразы, которые слышали в мультфильмах [6].

#### **Третья группа – захваченность аутистическими интересами.**

Дети третьей группы представляют окружающим экстремальную конфликтность. Это выражено в агрессивной форме, которая направлена либо на окружающих, либо на самого себя. Эти дети отличаются более развитой монологической речью. Но эта речь фразовая, немного неестественная. Эти дети не хотят собеседников. Они очень развиты в двигательной сфере. Особенностью этих детей является наличие разнообразных познаний в различных дисциплинах, но и значительное манипулирование данными знаниями. Практической деятельностью эти дети не занимаются, хотя мыслят с удовольствием, хотя и стереотипно, и это доставляет им большое удовольствие. Эти упражнения приносят им массу положительных впечатлений. [3].

#### **Четвертая группа – чрезвычайная трудность во взаимодействии с окружающей средой.**

Дети этой группы очень ранимы. В данном случае аутизм представлен в том, что у них неразвиты формы общения. Эти дети имеют большую потребность в общении, готовы к тому, чтобы вступить в социальное взаимодействие. Но они незащищены и ранимы, поэтому если эти дети чувствуют какое-либо препятствие в общении или противодействие, то контакт сразу же прекращает-

ся. Такие дети устанавливают контакт глазами, но этот контакт прерывист. Общее впечатление от этих детей – робость и застенчивость, стереотипное поведение. Но эти дети явно проявляют педантизм, стремятся к порядку [3].

Следовательно, диагностируя аутизм, можно выделить основную симптоматику:

- дети грубо нарушают вербальные и невербальные навыки общения;
- у дошкольников наблюдается навязчивость в движениях, в двигательной расторможенности;
- дошкольники боятся любых изменений в окружающей среде;
- дети избегают любого глазного контакта;
- дошкольники отличаются необычной (нетрадиционной) манерой обращения с объектами и игрушками, недостаточным развитием игрового воображения;
- у детей нарушено социальное развитие, у них ограничены интеллектуальные возможности.

### **3. Психолого-педагогическая характеристика детей с ранним детским аутизмом (РДА)**

Психолого-педагогическая характеристика аутистических расстройств личности сложна, разнообразна и необычна по сравнению с другими нарушениями психического развития. Основными признаками синдрома РДА является триада симптомов. Речь идет об аутизме с аутистическими переживаниями; стереотипном, однообразном поведении с элементами одержимости; своеобразными нарушениями речевого развития [1].

Аутизм в наибольшей степени наблюдается в возрасте 3-5 лет. В раннем возрасте характерны следующие особенности:

- аутичный ребенок не фиксирует взгляд на лице, деталях лица другого человека, не может вынести, если собеседник идет с ним на прямой глазной контакт;
- ребенок с аутизмом впервые улыбается вовремя, но эта улыбка никому не адресована, он не смеется, не испытывает радость и другие аффективные реакции;
- аутичный ребенок отличается индифферентностью отношения к окружающим его людям, у ребенка отсутствует желание идти к кому-нибудь на руки и очень долго в коляске, в кроватке, в манеже. Когда ребенок видит близких ему людей, то он узнает их, но не проявляет насыщенности и эмоциональности в реакциях;
- ребенок с аутизмом равнодушен к ласкам, иногда только терпит, а в случае получения приятных ощущений, быстро прекращает тактильное общение;
- обращает внимание на парадоксальность в отношении к дискомфорту, они полярно различны: либо непереносимость, либо безразличие;

– аутичному ребенку не хочется контактировать с другими людьми, избегает контактов, а иногда их очень быстро прекращает, в тактильных контактах безразличен и вял.

Поведение ребенка-аутиста тождественно в желании сохранить постоянство, которое привычно для него и это противостоит любому изменению в окружающем мире. В качестве внешних проявлений это выражается в том, что ребенок постоянно обеспокоен, ему страшно, он агрессивен, самоагрессивен, гиперактивен, у него расстроено внимание.

Кроме того, эта тождественность стереотипна, это выражается в многократности повторений и простых и сложных ритуальных действий. Дети в своем поведении стремятся к тому, чтобы у них было жесткое постоянство в бытовых привычках в приеме пищи, применении посуды, одежды, в проведении прогулок, чтении книг и слушании музыкальных произведений [9].

Стереотипны и игры детей-аутистов. Свойственно однообразное, бессмысленное повторение одних и тех же действий, например, когда ребенок берет бутылку любой формы и начинает её вертеть, начинает перебирать веревку между пальцами. Дети-аутисты не используют игрушки по назначению. Они переливают воду, пересыпают песок, но не играют в привычные детские игры.

Неравномерность развития при аутизме отчетливо проявляется в особенностях моторики. Движения аутичных детей угловатые, вычурные, несоразмерные по силе и амплитуде. Нередко отдельные сложные движения ребенок выполняет успешнее, чем более легкие, иногда тонкая моторика развивается в отдельных своих проявлениях раньше, чем общая, а движение, свободно, точно и легко совершаемое в спонтанной активности, оказывается трудновыполнимым в произвольной деятельности [5].

Очень рано появляются страхи, которые могут быть диффузными, неконкретными, на уровне общей тревоги и беспокойства, и дифференцированными, когда ребенок боится определенных предметов и явлений, причем перечень объектов страха поистине бесконечен: зонты, шум электроприборов, мягкие игрушки, собаки, все белое, машины, подземные переходы и др.

К первым признакам «необычности» поведения, относятся парадоксальные реакции на сенсорные стимулы, которые отмечаются на первом году жизни. Для аутичных детей свойственна необычная реакция на «новизну». Так, изменение освещения, выраженное в чрезвычайно резкой форме и продолжающееся длительное время после прекращения действия раздражителей.

У большинства детей с аутизмом «комплекс оживления» не выражен. Дети не улыбаются и не удивляются при звуке голоса. Таким образом, в отличие от нормы, где более стойкой является реакция оживления на взрослого по сравнению с реакцией на неодушевленные предметы, у таких детей наблюдается противоположная картина. Тем не менее, в реакциях оживления у детей отмечается безразличность, как к близким взрослым, так и к любому постороннему лицу [4].

По мере взросления ребенка слабость эмоциональных контактов, с близкими взрослыми увеличивается. Находясь на руках у матери, не принимают соответствующей позы, не прижимаются, остаются вялыми и пассивными.

Во второй половине первого года жизни, особенности поведения детей проявляются наиболее отчетливо. Для аутичных детей характерна общая вялость, пассивность. Другие, наоборот отличаются повышенной подвижностью, суетливостью. Это отмечается в желании ребенка брать все предметы, которые попадают на глаза, при этом отсутствует ощупывание, изучение свойств предмета.

Основным новообразованием в раннем возрасте становятся действия с предметами, усваиваются общественно выработанные способы их употребления. Важное значение в этом принадлежит развитию ориентированной деятельности, которая в норме направлена на выяснение функциональных свойств предметов. Для детей с аутизмом наиболее привлекательными являются манипуляции предметами, их ориентировочные реакции даже за пределами раннего детства направляются на физические свойства вещей (подбрасывание, постукивание пуговицами и т.д.). Некоторые дети открывают и закрывают двери с целью получения специфического скрипящего звука, вслушиваются в шуршание разрываемой бумаги.

Со специфическим реагированием на новизну связан отмечаемый у аутичных детей феномен непереносимости изменений в окружающей обстановке – «феномен тождества». Перемены порядка расположения предметов на полочке, новый воротник на одежде матери. Нередко дети избирательны в собственной одежде, к еде. Действия самообслуживания формируются замедленно, но овладев, ими дети отказываются применять усвоенные навыки, предпочитая, чтобы их кормили и одевали взрослые [5].

В дошкольном возрасте внимание родителей привлекают «странные» интересы детей (увлечение дорожными знаками, номерами телефонов, всевозможными условными обозначениями, словами на иностранных языках).

В содержании фантазий причудливо переплетаются случайно услышанные ребенком сказки, истории, кинофильмы, вымышленные и реальные события. Патологические фантазии аутичных детей характеризуется повышенной яркостью, образностью. Нередко содержание фантазий приобретает агрессивный характер. Дети могут часами ежедневно и на протяжении долгого времени рассказывать разные истории о поджогах, мертвецах и др. [7].

У некоторых детей с аутизмом наблюдаются способности к музыкальной и изобразительной деятельности. В этот период отмечаются нарушения коммуникативной функции речи, появляется мутизм, речевые штампы, своеобразные акценты, ударения, растягивание слов.

Часто дети могут ударить или укусить, стремление все делать назло. Чрезвычайно существенно обстоятельство, что аутичные дети совершенно безразличны к оценкам взрослых. Основное время они проводят в одиночестве, не нуждаются в собеседнике, не желают оказывать помощь.

В процессе обучения в школе у детей с аутизмом наблюдается изолированность от сверстников. Друзей у них нет. Для них характерны перепады настроения, страхи. Педагоги отмечают у этих детей пассивность и невнимательность на уроках. Одни дети погружаются в свой мир, другие начинают фантазировать в процессе урока. Их очень сложно заинтересовать работой класса.

В школьном возрасте многие дети с аутизмом стремятся к творчеству. Они пишут рассказы, стихи, сочиняют истории. У них наблюдается избирательная привязанность к тем взрослым, которые их слушают и не мешают свободному фантазированию. Однако у данной категории детей отсутствует потребность в активной совместной жизни с взрослыми, в продуктивном общении с ними [1].

Согласно исследованиям К. Гилберта и Т. Питерса для раннего развития при аутизме характерны следующие особенности прелингвистического развития: плач тяжело интерпретировать, гуление ограничено (визг или крик), отсутствует имитация звуков. К году могут появиться первые слова, которые не употребляются со значением. У детей отмечается громкий крик, остающийся трудным для интерпретации. Словарный запас менее 15 слов. Слова появляются, но затем исчезают, жесты не развиваются. Комбинации слов встречаются редко.

Аутичные дети могут повторять фразы. Для них характерен плохой ритм и интонация, бедная артикуляция. Они испытывают трудности в контроле громкости голоса, речь воспринимается окружающими как «деревянная», «скучная», «механическая».

У большинства детей с аутизмом речь неосмысленная (без понимания значений слов). Они могут создать несколько комбинаций из 2-3 слов. Эхолалии у аутистов остаются и используются при коммуникации. Выраженные стереотипии и тенденция к эхолалиям приводят к специфическим грамматическим феноменам. Речевые нарушения наиболее ярко выражены после 3 лет. Наблюдается тенденция повторять одни и те же фразы, а не конструировать оригинальные высказывания, также встречаются перестановки звуков, неправильное употребление предложных конструкций. Возможность понимания речи ограничена. Дети данной категории обращают внимание на речь не больше, чем на любые другие шумы. Они не могут выполнить простую инструкцию в течение продолжительного времени. Не реагируют на свое имя [3].

В зависимости от степени тяжести аффективной патологии выделяют следующие особенности речевого развития.

Дети с аутизмом первой группы. Мутизм. Понимание обращенной к ребенку речи наступает не сразу, при изменении интонации или громкости ее произнесения (например, шепотом), простая инструкция может быть выполнена. В старшем возрасте наблюдаются эхолалии.

Дети с аутизмом второй группы. Использование речи возможно в аффективно значимых ситуациях. Набор речевых штампов жестко связан с ситуацией. Имеют место эхолалии, телеграфный стиль речи. Обращение к другим лю-

дям почти не встречается. Повышенное внимание к аффективной стороне речи, к стихосложению. Склонность к словотворчеству.

Дети с аутизмом третьей группы. Высокое развитие словарного запаса одновременно со слабым развитием коммуникативной стороны речи. В экстремальной ситуации возможны речевые штампы.

Дети с аутизмом четвертой группы. Уровень речевого развития в диапазоне возрастной нормы. В процессе речевой деятельности отмечаются аграмматизмы [4].

Таким образом, независимо от уровня развития речи, при аутизме страдает возможность использования ее с целью общения. Тем не менее, отклонения от нормативного развития наблюдаются уже на стадии прелингвистического развития. Спектр речевых нарушений варьируется у детей от полного мутизма до опережающего (по сравнению с нормой) развития.

Следовательно, специфика речевого развития аутичных детей заключается в следующем [6]:

- мутизм (отсутствие речи);
- эхолалии (повторение слов, фраз, сказанных другим лицом), часто отставленные, т.е. воспроизводимые не тотчас, а спустя некоторое время;
- большое количество слов-штампов и фраз-штампов, фонографичность («попугайность») речи, что при часто хорошей памяти создает иллюзию развитой речи;
- отсутствие обращения в речи, несостоятельность в диалоге (хотя монологическая речь иногда развита хорошо);
- автономность речи;
- позднее появление в речи личных местоимений (особенно «я») и их неправильное употребление (о себе – «он» или «ты», о других иногда «я»);
- нарушения семантики, грамматического строя речи, звукопроизношения, просодики.

Большой интерес представляет интеллектуальное развитие детей с аутизмом, главная особенность которого – неравномерность, парциальность развития. Следует отметить особый характер этой парциальности: справляясь с заданиями абстрактного характера, ребенок с трудом выполняет такое же по сложности задание с конкретным насыщением:  $2 + 3 = ?$  решается легче, чем задача: «У тебя было два яблока, мама дала еще три, сколько стало?»

В ряде случаев встречаются аутистические черты поведения у детей с тяжелыми интеллектуальными нарушениями (идиотия, имбецильность).

Более типичен другой вариант: кроме аутистических нарушений у ребенка есть органическое поражение головного мозга и обусловленная им интеллектуальная недостаточность, чаще всего умеренная или тяжелая. Работа с таким ребенком исключительно сложна, поскольку обе составляющие сложного нарушения (аутизм и интеллектуальное недоразвитие) усугубляют тяжесть проявлений друг друга, существенно затрудняя коррекционное вмешательство. Применение классических методик олигофренопедагогики оказывается успешным из-за выраженных аутистических особенностей личности, а основан-



ные на тонизировании эмоциональной сферы способы помощи аутичным детям не встречают достаточного уровня возможностей осмысления получаемой информации, в первую очередь эмоциональной [11].

В любом случае следует относиться к оценке интеллектуальных возможностей аутичного ребенка очень осторожно, что связано с еще одной особенностью – неравномерностью развития отдельных интеллектуальных функций. Так, отличные вычислительные способности (ребенок легко складывает, вычитает, умножает, делит) сочетаются с неспособностью понять смысл простой задачи, или, обладая хорошей ориентировкой в пространстве, ребенок не в состоянии правильно распределить при письме текст на листе бумаги.

Очень важно отметить, что аутизм – образование вторичное и, следовательно, легче, чем основной и первичный дефекты, поддается коррекционным воздействиям.

Аутизм можно в большей или меньшей степени скомпенсировать, иногда (очень редко) можно добиться очень высокого уровня социальной адаптации, но хотя бы легкие, часто не выходящие за рамки характерологических вариантов аутистические черты все-таки сохраняются.

В целом для психического развития при РДА свойственна неравномерность. Недостаточность общего, и в том числе психического, тонуса, сочетающаяся с повышенной сенсорной и эмоциональной чувствительностью, обуславливает крайне низкий уровень активного внимания. С самого раннего возраста отмечается негативная реакция или вообще отсутствие какой-либо реакции при попытках привлечения внимания ребенка к предметам окружающей действительности. У детей, страдающих РДА, наблюдаются грубые нарушения целенаправленности и произвольности внимания, что препятствует нормальному формированию высших психических функций. Однако отдельные яркие зрительные или слуховые впечатления, идущие от предметов окружающей действительности, могут буквально завораживать детей, что можно использовать для концентрации внимания ребенка. Это может быть какой-либо звук или мелодия, блестящий предмет и т.п. [2].

Таким образом, характерной чертой является сильная психическая пресыщаемость. Внимание ребенка с РДА устойчивое в течение нескольких минут, а иногда и секунд. В некоторых случаях пресыщение может быть настолько сильным, что ребенок не просто выключается из ситуации, а проявляет выраженную агрессию и пытается уничтожить то, чем он только что с удовольствием занимался. У детей с РДА отмечается своеобразное отношение к речевой действительности и одновременно – своеобразие в становлении экспрессивной стороны речи. Первые активные речевые реакции, проявляющиеся у нормально развивающихся детей в виде гуления, у детей с РДА могут запаздывать, отсутствовать или быть обедненными, лишенными интонирования.

### **Задания для самоконтроля**

1. Перечислите причины возникновения раннего детского аутизма.
2. В соответствии с предложенными классификациями охарактеризуйте особенности раннего детского аутизма.
3. Раскройте особенности речевого развития у детей с ранним детским аутизмом.

### **Тестовые задания**

#### **Задание № 1.**

Инструкция: выберите один вариант ответа

Аутизм определяется как снижение способности к установлению эмоционального контакта, коммуникации и ... развитию

- а) двигательному;
- б) сенсорному;
- в) речевому;
- г) социальному.

#### **Задание № 2.**

Инструкция: выберите один вариант ответа

Детский аутизм имеет начало в период ... жизни ребенка.

- а) от рождения до 36 месяцев;
- б) от рождения до 12 месяцев;
- в) от 12 до 36 месяцев;
- г) после 36 месяцев.

#### **Задание № 3.**

Инструкция: выберите один вариант ответа

Искажение психического развития при синдроме раннего детского аутизма проявляется в следующем ...

- а) отдельные функции развиваются замедленно, другие – патологически ускоренно;
- б) парциальной несформированности регуляторного компонента деятельности;
- в) выявляется врожденная интеллектуальная недостаточность;
- г) наблюдается недостаточность общего психического тонуса.

#### **Задание № 4.**

Инструкция: выберите несколько вариантов ответа

Игровая деятельность детей с синдромом раннего детского аутизма имеет такие особенности, как ...

- а) играет один;
- б) длительно, ригидно манипулирует неигровым материалом (веревочки, провода, обувь и т.п.);

- в) творческое развитие сюжета игры;
- г) сформированность сюжетно-ролевой игры.

### **Использованная и рекомендуемая литература**

1. Астапов, В.М. Коррекционная педагогика с основами нейро- и патопсихологии [Электронный ресурс] / В.М. Астапов. – М.: ПЕР СЭ, 2006. – 176 с. – Режим доступа: URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=233327>
2. Баенская, Е.Р. Психологическая помощь при ранних нарушениях эмоционального развития / Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М.: Полиграф сервис, 2014. – 156 с.
3. Иванов, Е.С. Детский аутизм: диагностика и коррекция / Е.С. Иванов, Л.Н. Демьянчук, Р.В. Демьянчук. – СПб.: «Дидактика плюс», 2014. – 80 с.
4. Карасева, Е.Г. Инклюзивное обучение и воспитание детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья [Электронный ресурс] / Е.Г. Карасева. – М.: Русское слово, 2018. – 65 с. – Режим доступа: URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=486293>
5. Лайшева, О.А. Ранний детский аутизм: пути реабилитации [Электронный ресурс] / О.А. Лайшева, В.Е. Житловский, А.В. Корочкин, М.В. Лобачева. – М.: Спорт, 2017. – 109 с. – Режим доступа: URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=471234>
6. Максимова, Е.В. Уровни общения: причины возникновения раннего детского аутизма и его коррекция на основе теории Н.А. Бернштейна [Электронный ресурс] / Е.В. Максимова. – М.: Диалог-МИФИ, 2015. – 288 с. – Режим доступа: URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=447655>
7. Морозова, С.С. Аутизм: коррекционная работа при тяжелых и осложненных формах / С.С. Морозова. – М.: Владос, 2014. – 176 с.
8. Подольская, О.А. Основы коррекционной педагогики и психологии [Электронный ресурс] / О.А. Подольская, И.В. Яковлева. – М. - Берлин: Директ-Медиа, 2018. – 169 с. – Режим доступа: URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=495845>
9. Рудик, О.С. Коррекционная работа с аутичным ребенком / О.С. Рудик. – М.: Владос, 2015. – 189 с.
10. Рудик, О.С. Как помочь аутичному ребенку [Электронный ресурс] / О.С. Рудик. – М.: Владос, 2014. – 208 с. – Режим доступа: URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=429796>
11. Староверова, М.С. Психолого-педагогическое сопровождение детей с расстройствами эмоционально-волевой сферы: практические материалы для психологов и родителей [Электронный ресурс] / М.С. Староверова, О.И. Кузнецова. – М.: Владос, 2013. – 144 с. – Режим доступа: URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=234877>
12. Фалевич, Е.Ю. Педагогическая работа с детьми с особенностями психофизического развития [Электронный ресурс] / Е.Ю. Фалевич, Т.С. Капелевич. – Минск: РИПО, 2015. – 64 с. – Режим доступа: URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=485921>

## ТЕМА 2. СПЕЦИФИКА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В СИСТЕМЕ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ (РДА)

### План

1. Основные критерии диагностики.
2. Особенности диагностической работы детей с аутизмом.
3. Дифференциальная диагностика раннего детского аутизма.

### 1. Основные критерии диагностики

Исследования К.С. Лебединской, О.С. Никольской позволили выявить особенности клинико-психологической структуры ранних проявлений аутизма. Данные исследования позволяют выделить критерии, способствующие разграничению начальных проявлений РДА.

#### 1. Аутизм.

Нарушен зрительный контакт, не фиксирует взгляд на лице человека, избегает взгляда глаза в глаза (смотрит «мимо», «сквозь», неподвижно, испуганно).

Нарушение комплекса оживления. Изменяется отношение к родным. Реакция на нового человека выражается в проявлении тревоги, страха, агрессии или игнорировании. Наблюдаются нарушения общения со сверстниками, которые проявляются в пассивном или активном пренебрежении. Изменения отношения к физическому контакту (неприязнь, гиперсензитивность), к словесному обращению. Отмечается как непереносимость одиночества, так и его предпочтение. Характерна необычность излюбленного объекта внимания (яркое пятно, деталь одежды, орнамент обоев и др.); нарушена дифференциация одушевленного и неодушевленного [6].

#### 2. Страхи.

Наблюдаются страхи одиночества, высоты, чужих людей, животных, боязнь темноты, бытовых шумов, яркого и др. Проявляется повышенная склонность к фиксации страхов в объективно неблагоприятной обстановке.

#### 3. «Феномен тождества».

Данный феномен заключается в следующем: трудности питания ребенка, приверженность к привычным деталям окружающего, патологические реакции на перемену обстановки.

#### 4. Нарушения чувства самосохранения.

Характерным является отсутствие «чувства края», убежать в чащу леса, выскочить на улицу, прыгнуть с высоты. Отсутствует закрепление отрицательного опыта ожогов, ушибов, защитной агрессии.

#### 5. Стереотипы.

Отмечаются двигательные (раскачивая, однообразные повороты), сенсорные (стереотипные зрительные, звуковые ощущения), речевые (эхолалии, фразы-цитаты, стереотипные манипуляции со звуками, словами, фразами), пове-

денческие (ритуал в соблюдении режима, выборе еды, одежды, маршрута и др.) нарушения.

6. Особенности речи.

Наблюдаются нарушения импрессивной и экспрессивной стороны речи. Отсутствует гуление, лепет. Характерно запаздывание или опережение появления первых слов, которые носят эхологический характер.

7. Особенности познавательной деятельности и интеллекта (отставание, парциальное ускорение, распад).

8. Особенности игры (отсутствие игры, задержка на стадии элементарных манипуляций). Отмечаются игровые аутодиалоги, игры-фантазии со стойким перевоплощением в животных, в неодушевленные предметы.

9. Особенности витальных функций и аффективной сферы (гиповозбудимость, гипервозбудимость).

10. Особенности восприятия (нарушения зрительного, слухового, тактильного, вкусового, обонятельного проприоцептивного восприятия).

11. Особенности моторики (двигательная заторможенность, вялость или расторможенность, возбудимость).

12. Патология влечений (агрессия, самоагрессия).

13. Особенности навыков социального поведения (запаздывание формирования навыков самообслуживания, опрятности).

14. Церебрально-органические знаки (судорожные припадки, компенсированная гидроцефалия, органические дисплазии телосложения, выраженность побочных действий и парадоксальных реакций при применении психофармакологических препаратов).

15. Соматические нарушения (предрасположенность к аллергическим заболеваниям, компонентам при инфекциях, аллергическим реакциям на лекарственные препараты).

Симптоматика раннего детского аутизма на самых ранних этапах жизни обладает большим полиформизмом. При постоянстве стержневых аутистических расстройств ряд других проявлений достаточно варьирует по частоте и степени выраженности [4].

Описанные критерии, позволяют разграничить начальные проявления аутизма на варианты, что дает возможность дифференциации самых ранних коррекционных подходов.

I группа – преобладание отрешенности от окружающего: наличие полевого поведения (целенаправленного дрейфа от одного объекта к другому, карабканья по мебели, туловищу взрослого, длительного пассивного созерцания беспредметных объектов; случайных произвольных действий, указывающих на определенное запечатление окружающего и ориентацию в пространстве; ритмической вокализации) [3].

Данные проявления позволяют квалифицировать данный вариант аутистического дизонтогенеза как регрессивный. Нозологически здесь речь идет о злокачественно текущей шизофрении.

II группа – преобладание аутического отвержения окружающего: проявление двигательных, сенсорных, речевых стереотипий, импульсивных движений, однообразие игры с привлечением неигровых предметов, выраженность нарушений чувства самосохранения, «феномен тождества»; многочисленные страхи, отставание в психическом развитии.

В первые месяцы жизни наблюдаются нарушения витальных функций, по типу гипервозбудимости; иногда – судорожные припадки. Данный вариант РДА может быть обусловлен как шизофренией, так и органическим поражением центральной нервной системы.

III группа – преобладание аутистического замедления окружающего сверхценными пристрастиями, отвлеченного характера интересами и фантазиями, расторможенностью влечений. Страхи носят бредоподобный характер. В сюжете игры, по отношению к близким и детям проявляется агрессия. Наблюдается слабость эмоциональных привязанностей [5].

На первом году жизни отмечается мышечный гипертонус, напряжение или сопротивление при взятии на руки. Нозологическая квалификация этой группы представляет определенные трудности. Здесь наблюдается как проявление вялотекущей шизофрении, так и аутистическая психопатия (вариант синдрома Аспергера).

IV группа – преобладание сверхтормозимости с окружающим миром. Свойственна ранимость, пугливость. Отмечается пониженный фон настроения, сверхценные страхи, тихая малоподвижная игра, нарастание боязливости и скованности при малейшем изменении привычного стереотипа. Проявляются интересы к природе, музыке. Наблюдается заторможенность и неуверенность движений [11].

## 2. Особенности диагностической работы детей с аутизмом

Качественная и своевременная диагностическая работа во многом определяют возможности коррекции проявлений аутизма. Основными требованиями к ее организации являются:

- ранее начало (необходимо проводить с первого дня пребывания ребенка в учреждении);
- комплексной (включение в работу специалистов разного профиля и родителей, использование разных методов);
- динамической (нацеленной не на скорейшее установление окончательного диагноза, а на его планомерное уточнение с учетом особенностей онтогенетического развития ребенка, степени адаптации и коррекционной работы) [2].

Выделяют несколько этапов:

### **1 этап – ориентировочный.**

Основные задачи:

- 1) изучение актуальных проблем ребенка;
- 2) выдвижение гипотезы о причинах их возникновения;
- 3) стратегия путей дальнейшей диагностики;

4) конкретизация подходов обеспечения адаптации и первичной коррекции.

Основные методы:

1) биографический – реализуется в ходе изучения документации (психолого-педагогической – если ребенок ранее посещал какие-либо образовательные учреждения или психолого-педагогические консультативные центры; медицинской – представленной родителями или полученной по запросу из учреждений системы здравоохранения) и в ходе бесед с родителями (законными представителями) и близкими родственниками ребенка;

2) наблюдение (в разных ситуациях деятельности ребенка – в период непосредственного обследования тем или иным специалистом, на занятиях, в игре, на прогулке и др.);

3) беседа с ребенком и с родителями.

Результат: обобщение первичных сведений о соматическом, нервно-психическом и психологическом статусе ребенка, условиях семейного воспитания, степени (и потенциальных возможностях) адаптации в детском коллективе, особенностях эмоционально-волевых проявлений, уровне работоспособности, утомляемости, специфике взаимоотношений со взрослыми и сверстниками [2].

**2 этап – углубленной диагностики и определения зоны ближайшего развития ребенка.**

Основные задачи:

1) исследование процессов развития психических функций (внимания, восприятия, памяти, мышления, речи);

2) анализ особенностей эмоционально-волевой сферы и мотивационной готовности;

3) изучение особенностей личностного развития;

4) исследование объема и характера знаний, умений и навыков соотносительно с возрастом и особенностями ребенка;

5) контроль жилищно-бытовых условий, семейных взаимоотношений и стиля семейного воспитания.

Основные методы:

1) констатирующий педагогический эксперимент;

2) экспериментально-психологический метод, реализуемый посредством использования стандартизированных психологических методик, опросников и анкет для родителей и др.

В процессе исследования психических функций отмечаются особенности понимания и удержания инструкции, способность доводить начатое задание до конца, а также характеристика деятельности ребенка: стойкость интереса, целенаправленность, сосредоточенность, истощаемость, работоспособность, умение использовать помощь, реакция на результат.

Результат: анализ и обобщение полученных результатов позволяет оформить психологическое, педагогическое, логопедическое и медицинское заключения, представляемые на психолого-медико-педагогический консилиум с це-

лью всестороннего анализа, выработки единой стратегии работы с ребенком и ее согласования с родителями; разработка коррекционных программ, схем сопровождения, индивидуальных образовательных маршрутов [1].

### **3 этап – динамической диагностики.**

Основные задачи:

- постановка точного диагноза;
- определение конкретности в направлении индивидуального образовательного маршрута;
- анализ и изучение путей коррекции развивающих программ.

Методы:

- формирующий педагогический эксперимент,
- указанные выше с учетом необходимости.

Результат: определение результата оптимизации в индивидуальном подходе к обучению, анализ сфер воспитания и коррекции ребенка с аутизмом.

### **4 этап – катamnестического исследования**

Основной задачей являются оценки степеней адаптированности детей в условиях, предъявляемых экстернальностью ситуации.

Метод: катamnез.

Содержание, форма и сроки катamnестического исследования могут варьироваться в каждом конкретном случае.

Вариант (для ребенка, перешедшего в основную школу):

1. Фамилия, имя ребенка.
2. Возраст на момент сбора катamnеза.
3. Характер адаптации в новых образовательных условиях, по мнению родителей, педагогов, разных специалистов учреждения, в которое ребенок переведен.
4. Успеваемость.
5. Предпочтения в учебных предметах.
6. Увлечения.
7. Применяемые методы медицинского воздействия.
8. Особенности общения и социального взаимодействия в семье и школе.

Результат: оценка эффективности деятельности службы психолого-педагогического сопровождения. В практической деятельности выделяется три степени социальной адаптации по данным катamnеза:

- а) ребенок социально адаптирован в школе, не испытывает особых затруднений в общении и учебной деятельности;
- б) испытывает трудности в общении, но успешно их преодолевает, нет социальной дезадаптации;
- в) испытывает трудности в учебной деятельности и социальном взаимодействии, нуждается в психолого-педагогическом сопровождении [2].



### 3. Дифференциальная диагностика раннего детского аутизма

Дифференциальная диагностика РДА представляет определенные трудности, так как данный вид нарушения имеет много общего с другими заболеваниями. Ранний детский аутизм следует отграничивать от невропатии, умственной отсталости, нарушений психического развития при поражениях мозга, глухоты, детского церебрального паралича.

У детей с невропатией пониженный физический, моторный и психический тонус. У них отмечается повышенная чувствительность к оценке их поведения; они боязливы, плохо переносят смену обстановки. Эти симптомы схожи с поведением аутичных детей. При невропатии может наблюдаться смена настроения: ребенок капризничает, вялый, проявляется апатия. Проявление данных симптомов проявляется в процессе нарушений сна, пищеварения, пребывания ребенка в душном помещении или на жаре. У детей с невропатией нарушаются механизмы сосания, глотания, это обусловлено повышенной рефлексорной возбудимостью [8].

Детям с невропатией присущи такие двигательные стереотипы, как тики, которые качественно отличаются от странных движений при РДА. На контакт дети с невропатией идут охотно, если от взрослых или их сверстников не исходит опасность или агрессия. Их страхи хотя и несколько преувеличены, но всегда адекватны и актуальны для определенного момента.

Нередко дети отрицательно реагируют на какую-либо перемену обстановки, но эта реакция. Если ситуация меняется на более комфортную, дети с невропатией воспринимают ее положительно. В игре дети с невропатией, в отличие от детей с РДА, охотно подражают другим. Их речь внятная, отсутствуют аграмматизмы, эхолалия. Дети с невропатией охотно отзываются на ласку [2].

Детей с РДА следует отличать от умственно отсталых детей. За умственную отсталость при РДА может приниматься отсутствие реакции на мать, на людей вообще, позже – отсутствие речи, навыков самообслуживания, игры. Необходимо учитывать, что у умственно отсталых детей имеется зрительный контакт, потребность в еде, тепле. У этих детей наблюдается адинамия или двигательная расторможенность.

У детей с умственной отсталостью меньше нарушены контакты, они испытывают адекватный страх перед темнотой, собакой и т.д. При умственной отсталости двигательная сфера развивается раньше, чем интеллектуальная, а при РДА интеллектуальные возможности ребенка часто опережают созревание моторной сферы [6].

Иногда даже по одним только внешним признакам можно отличить умственно отсталого ребенка от детей с РДА. Дети с умственной отсталостью, как правило, имеют органические дисплазии туловища и головы, а дети с РДА – тонкие черты лица и общий астенический облик.

РДА следует дифференцировать с психическими нарушениями на почве органических поражений головного мозга. В последнем случае наблюдается психомоторная возбудимость, неустойчивость внимания, настроения, иногда

агрессивность. Эти явления могут присутствовать и у детей с РДА. Но у детей с поражением центральной – нервной системы нет самого аутизма. Им, наоборот, присуща назойливость, навязчивость. Явления возбудимости нередко сменяются гиподинамией. У таких детей слабая память, психическая истощаемость. В речи у детей с органическим поражением центральной нервной системы нет неологизмов, манерности интонации, явлений эхολалии [9].

Если ребенок с РДА не произносит слова, не выполняет словесных инструкций, как будто не понимает речь, то возникает вопрос отграничения РДА от речевых патологий – алалии или дизартрии. Главным признаком истинных речевых нарушений является то, что дети привлекают к себе внимание с помощью жестов, мимики, напряженно смотрят в лицо собеседника, издают различные возгласы. У детей с РДА такого не наблюдается. У них, в отличие от детей с речевыми нарушениями, присутствуют явления эхολалии и своеобразная интонация.

Иногда необходимо дифференцировать РДА и глухоту. В первые годы жизни ребенок с РДА может производить впечатление глухого, так как он не отзывается, когда его зовут, и не оборачивается на источник звука. В этих случаях необходимо провести аудиометрию и полагаться на ее результаты. Существуют признаки, которые свойственны детям с РДА: в значимой ситуации такие дети могут услышать даже самый тихий шепот, плакать и возбуждаться при громких пугающих звуках. Глухие дети ищут глазами губы собеседника, чтобы понять его речь, а детям с РДА это несвойственно.

На ранних этапах развития нужно отличать детей с РДА от детей с детским церебральным параличом (ДЦП). В клинической картине РДА присутствуют двигательные расстройства, а при ДЦП имеют место различные аутистические проявления. Двигательные расстройства в обоих этих случаях проявляются в нарушениях тонуса, недоразвитии синхронности движений рук и ног при ходьбе, нарушениях мимических движений, которые близки к речи. При ДЦП для речи ребенка характерны дизартрические нарушения, так как нарушен сам артикуляционный аппарат, а при РДА дети могут имитировать невнятность речи в результате отсутствия у них коммуникации. При аффективно значимых ситуациях дети с РДА говорят четко и внятно. Детям с ДЦП свойственны нарушения звукопроизношения, сочетание их с нарушениями глотания и дыхания. Дети с РДА склонны к неологизмам, различиям в речи [10].

У детей с РДА и ДЦП имеются нарушения в пространственной ориентировке. Дети с РДА страдают недостаточной произвольностью внимания, страхом перед окружающим. У детей с ДЦП имеются нарушения пространственного гнозиса и двигательные расстройства: детям трудно повернуть голову, у них ограничено поле зрения.

У детей с ДЦП из-за ограниченных двигательных функций при игре обычно страдает ее техническая сторона. Им присущи монотонность и инертность, отсутствие выдумки и самостоятельности, т.к. у таких детей наблюдается органическая задержка психического развития. У детей с РДА уровень игры полностью зависит от ее значимости.

Детям обеих групп свойственны невротоподобные и невротические состояния. Обычно дети с ДЦП боятся своей физической неполноценности, а детей с РДА страшит все новое, любая перемена обстановки. Детям с этими заболеваниями присущ комплекс неполноценности. Но для детей с ДЦП он выражается в физической слабости, а для детей с РДА – обычно в психической.

Проявления непосредственно аутизма наблюдаются при ДЦП как вторичный признак и как компенсация ухода от объективных трудностей в свой мир. Характерное раннее формирование речи у детей с РДА несвойственно детям с ДЦП. Формирование моторной сферы запаздывает и у тех и у других. Особенно трудно дифференцировать эти два заболевания, если ДЦП имеет легкую форму [9].

### **Задания для самоконтроля**

1. Охарактеризуйте основные критерии диагностики аутизма.
2. Раскройте специфику диагностической работы в системе психолого-педагогического сопровождения аутичного ребенка.
3. Дайте характеристику дифференциальной диагностике при раннем детском аутизме.

### **Тестовые задания**

#### **Задание № 1.**

Инструкция: выберите один вариант ответа

Диагноз РДА может установить ...

- а) детский психолог;
- б) врач педиатр;
- в) врач-психиатр;
- г) учитель-дефектолог.

#### **Задание № 2.**

Инструкция: выберите один вариант ответа

Для дифференциальной диагностики аутизма имеет значение так называемая «триада» нарушений, составной частью которой являются ...

- а) нарушения в социальном взаимодействии;
- б) нарушения темпа и ритма речи;
- в) необучаемость;
- г) гиперактивность.

#### **Задание № 3.**

Инструкция: выберите несколько вариантов ответа

Организация диагностической работы в системе психолого-педагогического сопровождения аутичного ребенка состоит из нескольких этапов ...

- а) подготовительного;

- б) ориентировочного;
- в) динамического;
- г) катamnестического.

#### **Задание № 4.**

Инструкция: выберите один вариант ответа

Развитие психических функций аутичных детей имеет серьезные искажения ...

- а) с младенческого возраста;
- б) с дошкольного возраста;
- в) с младшего школьного возраста;
- г) с подросткового возраста.

#### **Использованная и рекомендуемая литература**

1. Астапов, В.М. Коррекционная педагогика с основами нейро- и патопсихологии [Электронный ресурс] / В.М. Астапов. – М.: ПЕР СЭ, 2006. – 176 с. – Режим доступа: URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=233327>
2. Иванов, Е.С. Детский аутизм: диагностика и коррекция / Е.С. Иванов, Л.Н. Демьянчук, Р.В. Демьянчук. – СПб.: «Дидактика плюс», 2014. – 80 с.
3. Карасева, Е.Г. Инклюзивное обучение и воспитание детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья [Электронный ресурс] / Е.Г. Карасева. – М.: Русское слово, 2018. – 65 с. – Режим доступа: URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=486293>
4. Лайшева, О.А. Ранний детский аутизм: пути реабилитации [Электронный ресурс] / О.А. Лайшева, В.Е. Житловский, А.В. Корочкин, М.В. Лобачева. – М.: Спорт, 2017. – 109 с. – Режим доступа: URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=471234>
5. Максимова, Е.В. Уровни общения: причины возникновения раннего детского аутизма и его коррекция на основе теории Н.А. Бернштейна [Электронный ресурс] / Е.В. Максимова. – М.: Диалог-МИФИ, 2015. – 288 с. – Режим доступа: URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=447655>
6. Морозова, С.С. Аутизм: коррекционная работа при тяжелых и осложненных формах / С.С. Морозова. – М.: Владос, 2014. – 176 с.
7. Рудик, О.С. Коррекционная работа с аутичным ребенком / О.С. Рудик. – М.: Владос, 2015. – 189 с.
8. Рудик, О.С. Как помочь аутичному ребенку [Электронный ресурс] / О.С. Рудик. – М.: Владос, 2014. – 208 с. – Режим доступа: URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=429796>
9. Староверова, М.С. Психолого-педагогическое сопровождение детей с расстройствами эмоционально-волевой сферы: практические материалы для психологов и родителей / М.С. Староверова, О.И. Кузнецова. – М.: Владос, 2013. – 144 с. – Режим доступа: URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=234877>
10. Фалевич, Е.Ю. Педагогическая работа с детьми с особенностями психофизического развития [Электронный ресурс] / Е.Ю. Фалевич, Т.С. Капелевич.

– Минск: РИПО, 2015. – 64 с. – Режим доступа:  
URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=485921>

11. Хаустов, А.В. Психолого-педагогическое сопровождение обучающихся с расстройствами аутистического спектра / А.В. Хаустов, П.Л. Богорад, О.В. Загуменная и др. – М.: ФРЦ ФГБОУ ВО МГППУ, 2016. – 125 с.

## **ТЕМА 3. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДЕТЕЙ С РАЗНЫМ ТИПОМ АУТИСТИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА**

### **План**

1. Особенности установления эмоционального контакта с детьми I и II группы с аутизмом.
2. Специфика установления эмоционального контакта с детьми III и IV группы с аутизмом.
3. Коррекция агрессии и страхов у детей с разным типом аутистического дизонтогенеза.

### **1. Особенности установления эмоционального контакта с детьми I и II группы с аутизмом**

У категории детей первой группы аутизм проявляется в большей степени, не формируется потребность в общении. Наблюдаются следующие особенности: безразличие в проявлениях эмоций к людям, избегание контактов, восприятие человека как неодушевленный предмет. Для того, чтобы достичь результата используют других людей как лесенку. Только в редких случаях обращаются к человеку. Иногда прослеживаются редкие механические контакты детей данной группы с взрослыми при условии, если самостоятельно не могут достичь желаемого, удовлетворить потребность.

На самых первоначальных этапах деятельности педагогу, который взаимодействует с ребенком необходимо избегать прямого контакта с ним. Другими словами адресовать своё обращение жестом, словом и не смотреть на него прямо. Главная задача заключается в устранении отрицательной оценки ребенком взрослого. Для ребенка данной группы важно привыкнуть к присутствию рядом другого человека. В случае если он испытывает неловкость, смущение, может уйти или повернуться спиной к другому человеку. Удерживание детей с первой группой аутизма насильно приводит к отрицательному результату. Со временем поведение должно нормализоваться. В дальнейшем психолог постепенно начинает обращать свой взор на ребёнка. Важно, чтобы проявление улыбки и взгляда были минимальными. В ходе случайной встречи взглядами, взрослому необходимо быстро отвернуться от ребёнка. После того, как со стороны детей уходит отрицательное отношение к взрослому, они могут касаться и приближаться к нему [11].

Следующей важной задачей является установление положительного отношения со стороны ребенка к взрослому человеку. Детям первой группы аутизма также свойственна повышенная активность: прыжки со стул на стул, по мебели. Поэтому им важна физическая поддержка со стороны взрослого человека. Спустя определенное время, дети сами начинают тянуть руки для определенной опоры. В этом случае психолог может повысить тактильное воздействие. Со стороны взрослого активно усиливается поддержка и возможны варианты переноса детей через определенные препятствия. В момент напряжения

ребенка, его необходимо отпустить. При совместном взаимодействии взрослый может разговаривать, но не называть ребенка по имени и без прямых обращений к нему. В свою очередь психолог комментирует все происходящее, называет предметы, которые расположены вокруг. Голос у взрослого должен быть тихим или общение шепотом. Затем психолог старается удержать ребенка на более длительное время (кружит, качает). Осуществляется положительная вестибулярная стимуляция. Вместе с тем у детей данной категории наблюдаются признаки удовольствия, первые улыбки и даже секунды прямого взгляда друг на друга. В процессе такой деятельности, когда ребенок находится на руках у взрослого, возрастает уровень физической нагрузки, что требует от психолога повышенной выносливости. В ситуациях, где дети данной группы с аутизмом находятся лицом к лицу с психологом, важно фиксировать эмоциональную реакцию ребенка на улыбку взрослого ответной улыбкой. Психологу необходимо аккуратно называть ласковые слова, имя ребенка [7].

Если у лиц данной категории возникнет желание уйти, то мешать им не надо. В такие моменты важно создать им условия для отдыха, не прерывая тактильного контакта. Например, когда ребёнок на руках, надо положить его голову на плечо, отвернув от своего лица, и походить по комнате. Если детей привлекают различные вещи, можно к ним подойти.

Данная деятельность является эффективной, если ребенок начинает расслабляться на руках, обхватывать за шею, приближаться к лицу и смотреть в глаза психологу. Спустя определенное время дети могут самостоятельно подойти к взрослому и даже его обнять.

После установления эмоционального контакта ребенка с психологом, можно осуществлять второй этап деятельности, который заключается в развитии аффективного контакта с окружающими людьми. Данный этап работы по продолжительности более длительный. Из-за большой пресыщаемости детей первой группы с аутизмом деятельность может затянуться на несколько лет. Психолог комментирует все, что происходит вокруг, объясняет значение предметов, действий, событий. В дальнейшем информация усложняется. На этом этапе взрослый применяет прием, который заключается в обозначении предметов, событий для ребенка в письменной форме. Ребёнок может демонстрировать таблички со словами, выражать свои потребности, отвечать на вопросы. Несмотря на все эти факты, для такой категории лиц с аутизмом характерно проявление мутизма, затруднение в бытовых контактах с близкими людьми [2].

Рассмотрим следующий способ коррекции – создание ритмической организация эмоциональных контактов и постепенное включение сенсорной стимуляции в различные контакты. Например, игровая деятельность с музыкальными игрушками, водой. Здесь осуществляется наложение эмоционального контакта на ритмический рисунок специально подобранной песни. Такой же процесс используется и с пространством комнаты. Психолог выбирает несколько мест и соответствующий им тип контакта. Для того, чтобы осуществить переход из одной зоны в другую, важно помнить о последовательности перемещения и мере пресыщения ребенка видом контакта. В дальнейшем начинают наблюдаться

разные элементы игры. Психолог определяет для детей этой группы ряд обстоятельств, в которых ребенок должен проявить свои эмоциональные поступки. Такие действия должны всегда закрепляться. Данный вид работы осуществляется постепенно, и носит индивидуальный характер. Главное не утратить отработанные формы контакта и не вызвать у ребенка равнодушие к ним. Формирование аффективной игры начинается с включения самых простых элементов сюжета, действия которых комментирует взрослый и потом включает в игровую деятельность инструменты, предметы быта, игрушки. Осуществление различных манипуляций с данными предметами чередуется: то взрослый, то ребенок. Также возможна помощь со стороны еще одного взрослого, который проявлял помощь ребенку и играл его руками. Представленная помощь должна быть незначительной. В дальнейшем дети с первой группой аутизма должны выполнять самостоятельно действия [10].

Категория детей второй группы с аутизмом характеризуется ранимостью во многих своих проявлениях. Это выражается в прикосновениях, взглядах, криках, пении, моторной активности. Многие ребята с аутизмом стараются укрыться от внешнего контакта с окружающими (закрывают глаза, уши). Несмотря на перечисленные особенности, они нуждаются в тактильном контакте с близкими, особенно с мамой. Также необходимо отметить, что формы взаимодействия могут быть очень простыми и ограниченными. Свою маму используют как важное условие для жизни, но не как эмоционально-значимого человека. Свои предпочтения, переживания дети этой категории выражают речевыми штампами (цитаты, повторение слов) [2].

Для детей второй группы с аутизмом характерна повышенная активность, набор простейших стереотипных реакций, повышенная обидчивость, потребность в симбиотической связи с матерью.

В соответствии с особенностями данной группы детей с аутизмом, коррекционная деятельность осуществляется в два этапа.

Первый этап заключается в формировании потребности в речевом общении, а второй состоит в становлении форм контакта. Основными задачами коррекционной деятельности детей второй группы с аутизмом являются: увеличение окружения близкого ребенку; развитие эмоциональных контактов с ними; создание ощущения безопасности и спокойствия. Взаимодействие с незнакомым окружением вызывает у детей тревожные реакции, страх, испуг. В этом случае психологу необходимо устранить негативную эмоцию у ребёнка. Очень важно длительный период времени около детей данной категории соблюдать определенные условия: отсутствие инициативности, внезапных действий, резких звуков, обращений (взглядом, словом). Этот период длится до того момента, когда данная группа не адаптируется к постоянному нахождению психолога и не уменьшится уровень беспокойства. Для снижения отрицательной реакции со стороны ребенка взрослый воздерживается от общения с его мамой [11].

Впоследствии дети второй группы могут находиться в более тесном контакте со взрослыми. Психолог должен продемонстрировать и дать понять ребенку посредством улыбки или взгляда. Эмоции и действия со стороны взрос-



лого должны быть строго отмеренными, чтобы не вызвать негативное отношение, не разрушить положительный контакт. Отличительным моментом данной деятельности представленной группы является то, что на первый план выходит установление контакта глазами, а затем контакт тактильный. Разница во времени между двумя контактами может прослеживаться от двух недель до многих месяцев. После определения надежного контакта осуществляется подключение психолога к аффективному поведению детей описанной категории. В процессе их совместного взаимодействия они осуществляют различные действия с предметами, водой, игрушками. Тем самым взрослый демонстрирует ребенку приоритеты взаимных манипуляций и закрепляет эти моменты в эмоциональных действиях (отстукивание ритма действий, прыжки в такт, подпевание). Данные средства позволяют вызвать у ребенка стремление в возобновлении для него положительных ощущений. Психолог должен вызывать зависимость у второй группы детей с аутизмом, понимание того, что наибольшее удовлетворение ребенку доставляет именно общая игровая деятельность. В свою очередь психологу надо опасаться чрезмерной привязанности со стороны ребенка, что может привести к психологической травме. Поэтому взаимодействие в период текущей деятельности должно быть ограничено по времени и не влиять на заинтересованность данной группы детей.

В содержание коррекционной деятельности, направленной на усложнение форм контакта, входит увеличение ближайшего окружения ребенка. Данный факт влияет на устранение напряженных отношений матери и аутичного ребенка и приводит к снижению сильной зависимости друг от друга [4].

Работа начинается с включения в деятельность элементарных игр для формирования эмоциональных переживаний (радость, наслаждение, удовольствие). Детям предлагают игры в «жмурки», где психолог то появляется, то исчезает.

Затем в процессе взаимодействия с детьми второй группы с аутизмом вводят речь, которая предназначена объяснять поступки ребенка. Междометия или возгласы применяют для активизации благоприятного восприятия окружающего ребенком. Поступки детей и взрослого эмоционально поясняются последним. Например, ходьба воспринимается как катание на качелях, маршировка на празднике, полёт. Когда дети данной категории начинают самостоятельно дополнять игровую деятельность своими атрибутами и элементами, то происходит процесс освоения эмоционального смысла. Наиболее успешно ребенок усваивает запрещенные действия. К ним относятся: разбрасывание игрушек, кубиков; разбрызгивание воды. Иногда процесс перехода от одного действия к другому осуществляется довольно сложно. Данный момент связан с тем, что у ребёнка не вызывает эмоциональную значимость, а с другой стороны они не запрещаемы. Данному этапу отводится длительное время на объяснение детям второй группы назначение и действие предметов, которые не несут для них эмоционального содержания и часто приводят к раздражению. Затем осуществляется обучение составлению пирамиды, дорожек из кубиков и других предметов. В дальнейшем в действиях ребенка прослеживаются элементы сюжетной

игры. Этот момент зависит от удовольствия, которое получают аутичные дети от самого процесса игры и от проявления сочувствия взрослому в этих ситуациях. Также установлены требования к отбору сюжетов. Они должны представлять для ребенка эмоционально значимые моменты (поездка на корабле, приготовление пирога). Вместе с психологом осуществляется отбор и выстраивание сюжетной линии. Это позволяет установить положительный эмоциональный контакт с ребенком.

У лиц второй группы с аутизмом наблюдается стереотипное поведение. В необычной обстановке дети не умеют использовать его и тем самым они должны вводить уже усвоенные стереотипы в самопроизвольные действия ребенка. Опора идет на уже сформировавшиеся стереотипы [2].

Коррекционная деятельность должна осуществляться в знакомой обстановке. Со временем стереотипы усложняются свежими деталями, которые характеризуются эмоциональной особенностью, с акцентом на аффективные представления. Эмоциональная идея игровой деятельности становится сложнее. В свою очередь психологу необходимо избегать перенасыщения сюжета игры множественными деталями, иначе это приведет к снижению интереса у ребенка.

Для освоения других стереотипов поведения необходимо привлекать к данной работе знакомого ребенку взрослого. В ходе данной деятельности при контактах у детей второй группы могут не наблюдаться самопроизвольные реакции. А в других ситуациях наоборот, аутичные ребята проявляют повышенную активность, выступают с предложением реализации своего сюжета и демонстрируют способы эмоционального контакта.

## **2. Специфика установления эмоционального контакта с детьми III и IV группы с аутизмом**

Для лиц третьей группы с аутизмом характерно: проявление самостоятельности в бытовых контактах; отсутствие близкой связи с родными; влечение к посторонним; потребность в примитивном эмоциональном контакте; положительные и отрицательные проявления; пониженная чувствительность; признаки негативизма. Свои желания в аффективном заражении аутичные дети возмещают через вызывание негативных эмоциональных реакций у родных людей [11].

Данная категория детей склонна к разнообразным провокациям, изобретательности, фантазиям, общению на одинаковые темы, собственные аффективные проявления. Порой обращение ребенка направлено в пространство, отсутствует реакция на действия родных людей. При взаимодействии с взрослыми, попытках настоять на своих требованиях, дети выражают протест, агрессию, негативное отношение.

Работу по установлению контакта с лицами третьей группы аутизма необходимо с формирования потребности ребенка в эмоциональном общении. Здесь требуется определенный алгоритм действий. Прежде всего, это снятие

отрицательного проявления в отношении взрослого. Данная категория аутичных детей ярко выражает отрицательную реакцию на вмешательство в их фантазии человека, идущего на контакт. Психологу необходимо проявлять пассивность в своем поведении. Особенность данной категории детей заключается в том, что у них отсутствует привязанность к взрослому, исходя только из простых переживаний и тактильных ощущений. И те методы, которые используют со второй группой, с аутичными детьми третьей группы теряют свою значимость и неэффективны.

Наиболее действенным приемом при осуществлении контакта является вживание в фантазии ребёнка. В процессе данного этапа работы психолог проявляет терпение при общении ребенка третьей группы. Взрослый внимательно слушает, разглядывает рисунки, проявляет огромную заинтересованность, тем самым вызывает привязанность к нему. Постепенно устанавливается эмоциональная взаимосвязь. В дальнейшем формы эмоционального контакта усложняются. Данный этап коррекционной деятельности может затянуться на несколько лет [2].

Затем психолог осуществляет реализацию следующей задачи – становление у данной категории лиц с аутизмом эмоциональной оценки к родным. Очень важно сформировать у ребенка способность к сопереживанию (умение радоваться, стремление к добрым поступкам).

В ходе своей деятельности психолог комментирует свои поступки и фантазии аутичного ребенка, но оценку не дает. В дальнейшем он аккуратно вмешивается в фантазии ребенка, в которых он выставляет его в качестве героя, который становится на защиту бедных и побеждает злодеев. В сложившейся ситуации дети с третьей группой аутизма стараются дать оценку своим поступкам, словам. Затем в придуманный сюжет вносят новые эмоциональные впечатления. С помощью реализации фантазий психолог подводит аутичного ребенка к новым ощущениям (уюта, комфорта, защищенности). Последующая коррекционная деятельность заключается с включения в контакты следующие оценки: хорошо, плохо, правильно, неправильно. Главное не перегружать ребенка, иначе он уйдёт от эмоционального контакта. Наилучшему пониманию окружающего мира и все, что в нем происходит в эмоциональной сфере, способствуют отважные и героические сюжеты [5].

Следующим важным шагом в коррекционной работе является обучение диалога при взаимодействии с людьми. Со временем ребенок привыкает к взрослому, и психолог постепенно вводит вопросы, затем смотрит, подрисовывает рисунки. Дети с третьей группой аутизма принимают данную помощь, учатся слышать собеседника и вести диалог. В ходе работы при благоприятном ее развитии (ребенок получает удовольствие от взаимодействия с взрослым) психолог включает в сюжет новые сведения, которые не укладываются в стереотипы ребенка. Спустя определенное время, ребенок начинает проявлять фантазию и включаться в диалог с психологом. В дальнейшем в процессе диалогического общения ребенок самостоятельно задаёт вопросы, рассказывает об идеях, и предлагает решать их совместно с взрослым. С целью усложнения за-

дачи используют совместное рисование или сочинение. С определенной периодичностью меняя роли между психологом и ребенком третьей группы. Возможны варианты, где один из взаимодействующих в диалоге делает паузу на определенной детали, а другой должен продолжить. Такие же приемы можно использовать в рисовании. Стремление проявить себя в диалоге у детей данной группы увеличивается в процессе самого диалога. Все предложенные варианты способствуют положительному взаимодействию с окружающими [1].

Категория детей с четвертой группой аутизма находится в серьезной зависимости в эмоциональном направлении от своих родных людей. Им достаточно сложно вступить в общение с чужим человеком. Ребёнку данной группы очень важно положительная оценка со стороны близкого человека. В тех случаях, когда они не получают похвалы или одобрения, у них снижается активность, увеличивается тревожность, теряется способность вступать в контакт со взрослыми.

Для четвертой группы детей с аутизмом важной особенностью является гиперчувствительность к зрительно-тактильному контакту, повышенная ранимость, проявление вторичного аутистического барьера.

В ходе обмена информацией они употребляют слова, адресованные человеку. Ребёнок выражает свои примитивные и порой стереотипные переживания. Также у детей наблюдается значительное обеднение мимики, копирование интонации, доверчивость. При пояснении со стороны взрослого той или иной ситуации, действия, дети четвертой группы правильно воспринимают происходящее и эмоциональную составляющую [2].

В физическом развитии данная категория лиц с аутизмом может отставать. В процессе близкого контакта могут наблюдаться сложности в умении сосредоточиться и правильно распределить своё внимание, теряет способность к восприятию инструкции, появляется моторная неловкость и различные аграмматизмы. Для ребёнка 4 группы аутизма свойственно проявление стереотипного поведения.

Коррекционная работа с детьми данной группы начинается с установления эмоционального контакта, которое осуществляется обычным способом. При взаимодействии с таким ребёнком психологу не надо вызывать у него потребность в общении. От взрослого должны исходить положительные эмоции (взгляды, прикосновения) и только при этом условии дети четвёртой группы вступают во взаимоотношения. Психологу необходимо положительно оценивать ребёнка [7].

В ситуациях, когда аутичные дети проявляют беспокойство, панику, сводят к минимуму тактильные прикосновения, взрослому следует снизить проявление активности и дать время для отдыха.

В ходе правильного выстраивания занятий дети четвертой группы аутизма сразу включаются в данный процесс, осуществляется коммуникативный обмен, который сопровождается выразительной мимикой, движениями, игровыми моментами. Ребенок смотрит на своего собеседника и начинает контактировать. Спустя определенное время психолог усложняет формы контакта, что в даль-

нейшем совершенствует ориентировку эмоций в окружающем. Постепенно у ребенка снижается зависимость от мамы, формируются личные способы адаптации.

Для того, чтобы развивать у ребёнка осознание эмоционального смысла происходящего, взрослый стремится к комментированию всех происходящих действий. Моделировать ситуации можно посредством разнообразных предметов и вещей (пластилина, бумаги, игрушек). Выделяют следующие требования к отбору комментариев: привлекательность, эмоциональность, соотнесение с ситуацией (привязанность) и демонстрация целостной картины во временном измерении. С помощью данного способа детей четвертой группы обучают понимать смысл происходящего, поведение окружающих. Например, вместе с ребёнком осуществлять наблюдение за процессом игровой деятельности, давать комментарии и объяснения происходящего в игре (скрытый смысл). В дальнейшем психолог предлагает вопросы, ориентированные на взаимоотношения между людьми, проводится диалог по ситуациям из жизни [1].

Основным приемом в работе с детьми четвертой группы с аутизмом является оформление планов на каждый день. Осуществляется данный процесс совместно с ребёнком. В дальнейшем план подвергается дифференциации.

Далее с ребёнком можно отрабатывать различные моторные и речевые навыки, тренировать их внимание. Со временем уменьшается зависимость от родных людей, формируется положительная самооценка. Именно положительная оценка поведения придает им уверенности в себе.

Четвертая группа детей с аутизмом характеризуются ранимостью, повышенной утомляемостью, низкой находчивостью в сложных ситуациях. В процессе развития и формирования у данной категории лиц может наблюдаться одаренность, что в дальнейшем позволяет выявить их творческие интересы [2].

### **3. Коррекция агрессии и страхов у детей с разным типом аутистического дизонтогенеза**

Если сравнивать с нормальным развитием ребенка, страхи являются необходимым фактором в регуляции его поведенческих особенностей и содействуют его адаптации. Важно понимать, что этот вид работы возможен только после того, как вы убедились, что с ребёнком был налажен контакт и он вам полностью доверяет. У детей с РДА, напротив, страхи приводят к задержке освоения мира вокруг, они не направлены на адаптацию ребёнка в окружающей среде.

*Коррекционная работа по преодолению страхов у детей первой группы. РДА.* Данная группа детей является наиболее тяжёлой в плане коррекции. Для них характерны бесцельные движения по помещению, они как будто не замечают предметов, находящихся вокруг, а если что-то преграждает им путь, просто отодвигаются и продолжают двигаться дальше. В этом случае, психологу важно усиление приятных для ребёнка характеристик, для того, чтобы преодолеть страхи ребёнка перед некоторыми предметами, находящимися в комнате.

К примеру, если ребёнка пугает мяч, можно попробовать напевать что-то в такт движениям мяча, через время он сам начнёт повторять данные стереотипии, чтобы преодолеть свои страхи [6].

*Коррекционная работа по преодолению страхов у детей второй группы РДА.* Для ребёнка данной группы характерны панические (генерализованные) страхи, возникающие при малейшем нарушении какого-либо бытового стереотипа. Изменения в окружающей среде, либо поведении близких – самые основные причины появления страхов. В окружающей ребёнка обстановке не должно быть ничего непривычного, она должна оставаться неизменной, только тогда ребёнок данной группы может выполнять что-либо самостоятельно. Но это буквально невозможно, поэтому ребёнок почти всегда находится в тревожном состоянии. Чтобы защититься от своих страхов и тревог, дети часто используют различные методы аутостимуляции. Малыш может при этом раскачиваться, прыгать, кричать, махать руками и т.п.

Для снижения этих проявлений, психологу нужно внести положительный эмоциональный окрас, подпевая ребёнку в такт его движений. Затем, психологу важно понять причины страхов ребёнка, это можно сделать в процессе игры: психолог вместе с ребёнком «прячутся» в каком-либо безопасном месте (ребёнок должен чувствовать себя максимально безопасно).

Чуть позже ребенок может проявлять агрессию по отношению к вещам, пугающим его, ребёнок может отталкивать предмет, вызывающий в нём тревогу, бросить его на пол и т.п. Таким образом, формируется механизм преодоления страха. В этот момент психолог должен показать незначительность этого предмета, его интонация должна быть уверенной, вселять спокойствие, ни в коем случае не нужно говорить ребёнку, что этого не стоит бояться, это в итоге лишь усилит страх и тревогу [6].

*Коррекция страхов у детей третьей группы РДА.* Для данной группы детей характерно возникновение страха как переживания, которое предшествует появлению тревожной ситуации. Ребёнок может на постоянной основе использовать различной степени психодраму. Все его действия и воображение строятся на данных переживаниях. Поведение этих детей может носить асоциальный характер, если им не даны правильные социальные установки. На данном этапе, основной задачей педагога является придание действиям воспитанника положительного социального направления. Важно, чтобы ребёнок постоянно чувствовал себя отважным героем в своём воображении, вовремя игры, для этого нужно предложить ему этот стиль поведения. К примеру, его можно направить в занятия спортом или какой-либо творческой деятельностью творческой деятельности, при этом важно на постоянно основе хвалить его, использовать разные виды поощрений [3].

В данном случае, ребёнок постоянно находится в поиске тревожных, вселяющих страх, ситуаций, это выступает, своего рода, аутостимуляцией. Ребёнка данной группы могут привлечь змеи, насекомые, вид огня, что-то грязное, некоторые вымышленные отрицательные персонажи. Воображение такого ребёнка рисует яркие сцены сражений, пожаров, бедствий и др. он всегда находится в

поиске того, что может его испугать, вызвать тревожные, отрицательные ощущения.

В работе с таким ребёнком сначала нужно вызвать агрессию, направленную на объект страха, этот приём может быть использован как для восстановления нормального состояния психодрамы, так и для выявления причин страхов ребёнка.

Можно ввести в игровую ситуацию объект, пугающий ребёнка, и после этого как бы победить его, чтобы все эти действия носили социальный характер, это поможет избавиться от страха. К примеру, ребёнок выступает в роли супергероя, который расправляется с плохими людьми. Также, действенным методом является совместное с педагогом рисование. Так при ситуации, когда ребёнок нарисовал свой страх, психолог должен тут же стереть его, говоря при этом что-то ободряющее.

Эффективным является и приём проигрывания сюжетов, где есть что-то пугающее ребёнка, при этом этот объект можно просто игнорировать (косвенное воздействие на страх). Можно попросить воспитанника, к примеру, пожалеть, погладить, полечить то, чего ребёнок боится [6].

*Коррекция страхов у детей четвёртой группы РДА.* У данной категории детей наблюдается привязанность к близкому человеку и страхи в отношении чужого окружения. Детям этой группы свойственно сильное проявление привязанности к маме, а при чужом человеке возникает испуг. Таким образом, данную особенность патологии можно охарактеризовать как генерализированные страхи. Психологу нужно постараться внести положительные моменты, показать суть пугающего явления.

Когда ребёнок с проявлением четвёртой группы аутизма оказывается в незнакомой обстановке, то детям свойственно проявлять следующие особенности: скованность, заторможенность, зажатость, неповоротливость. И аутисты стремятся избегать таких моментов в своей жизни.

Ухудшение отношения к ребёнку близких, в особенности матери, – является самым главным страхом такого ребёнка. При этом влечения не направлены на преодоление тревоги и страха.

Восстановления психодрамы, нужного для преодоления ребёнком страхов, можно добиться с помощью проигрывания различных ситуаций, где ребёнок может представить себя человеком, который героически преодолевает всё плохое на своём пути и спасает близких.

Но для начала ребёнку нужна эмоциональная тренировка: в игры ребёнка вносятся элементарные ситуации, направленные на всплеск эмоций (брызги воды, кидание мелких предметов, либо бумаги в ребёнка). Это важный момент, так как в последующих действиях ребёнка будут присутствовать дополнительные эмоции. Педагог должен целенаправленно провоцировать в воспитаннике агрессию, которой он сможет воспользоваться в дальнейших ситуациях. Без влечений, вырабатываемых в процессе всего этого, становится невозможным изжить страх через психодраму. Но здесь важно строго дозировать воздействие [6].

Дети с РДА часто могут проявлять агрессию и самоагрессию. В зависимости от группы РДА, выделяются их разные виды и приёмы работы.

*Коррекция агрессии у детей второй группы.* Для детей этой группы характерна самоагрессия, к примеру, если взрослый с излишней настойчивостью пытается войти с ними в контакт, они могут начать щипать себя, царапать, кусать, эти они показывают, что следует прекратить взаимодействие с ними. При этом самым приемлемым может быть объяснение ребёнку, что взрослый не несёт опасности и относится к нему хорошо. Кроме того, важно научить ребёнка проявлять своё недовольство более сложными протестными способами.

*Коррекция агрессии у детей второй группы.* Для детей данной группы также характерна самоагрессия, так как у них нет достаточного количества способов защиты от неприятных воздействий в окружающей среде и реакций приспособления. Негативная реакция в поведении появляется при малейшем изменении привычной для них окружающей обстановки. Дети также начинают вредить себе, но способы, работающие с детьми I группы, работают в обратном направлении, самоагрессия только усиливается. Для того, чтобы ребёнок прекратил, нужно восстановить привычную для него окружающую обстановку. В ситуации, когда это невозможно, взрослому нужно начать кричать (или что-либо другое) вместе с ребёнком, как бы переживая стрессовую ситуацию вместе с ним. В большинстве случаев дети замолкают, так как перенасыщаются негативными эмоциями [8].

Ребёнок данной группы может агрессивно относиться агрессивно как к людям, окружающим его, так и к предметам (они могут бросать игрушки, рвать что-то, ломать). Объект, который не нравится ребёнку, должен быть обязательно изъят из поля зрения ребёнка, затем нужно попытаться переключить его внимание на более приятные ему предметы, чтобы исключить агрессию.

Дети могут щипать, кусать, прижиматься к ногам человека, к которому направлена их агрессия. В этом случае, важно моментально переключить внимание ребёнка на что-то другое, чтобы не произошло фиксации на негативной реакции.

Кроме того, чтобы не провоцировать таких детей на агрессию, важно убрать какие-либо детали или предметы одежды, вызывающие негативный отклик у них. Нужно дать понимание того, что этот человек относится к нему положительно. Одним из действенных способов в такой ситуации может быть длительный тактильный контакт: можно взять ребёнка на руки, покачать его, походить с ним, возможно обнять, это поможет снижению отрицательных эмоциональных тенденций по отношению к этому человеку [8].

*Коррекция агрессии у детей третьей группы РДА.* Эта группа детей максимально подвержена проявлениям агрессии, которая может быть, как физической, так и вербальной. Даже в своём воображении дети этой группы могут представлять себя негативными персонажами, которые делают что-то плохое, кроме того от них могут исходить угрозы по отношению к окружающим, обсуждение неприятных тем в разговоре. Такие дети застревают на отрицательных явлениях и эмоциях и не в силах самостоятельно их преодолеть.



Что касается физической самоагрессии, она в данном случае также проявляется в кусании, щипании, царапании себя, но более частой является вербальная: дети начинают фантазировать на какие-либо ужасные, неприятные темы. В большинстве случаев, в своём воображении Ребёнок находится в центре каких-либо страшных событий, его наказывают, причиняют боль. В такой ситуации взрослый человек не должен заострять внимание ребёнка на этих событиях, ему нужно дать возможность самому найти выход из сложившейся ситуации, однако, должен осуществляться обязательный контроль над этим, и, при необходимости, предоставляться помощь ребёнку.

Для ребёнка этой группы характерны различные формы агрессивных действий, он уже способен достигать некоторых целей, планируя свои действия, однако, у него могут возникать трудности, при деятельности, выполняя которую, нужно решить какую-либо задачу. Причиной этому является быстрое пресыщение контактами, из-за чего он активно им сопротивляется. Это может проявляться, к примеру, в том, что ребенок рвёт аппликации и рисунки, ломает подделки, т. е. происходит уничтожение результатов его же деятельности. Причиной может быть слишком эмоциональная оценка взрослым этих результатов, поэтому, важно, чтобы взрослый нашёл эффективный метод, во избежание такой ситуации [3].

Ребёнок третьей группы может агрессивно высказываться, угрожать и близким людям, могут быть и физические проявления этого вида агрессии (пытается царапаться, кусаться, запрыгивать на близкого человека). При этом, наказание или одёргивание только усугубляют ситуацию. Обычно, причиной такой агрессии может быть нахождение в непривычной окружающей обстановке. В такой ситуации, взрослому нужно попытаться на вербальном уровне описать эмоциональную составляющую ситуаций, вызывающих у него тревогу, это поможет снизить отрицательные реакции ребёнка. Если ребенка начинают одергивать или наказывать, он становится еще более агрессивным.

Детям с третьей группы аутизма свойственно заострять и концентрировать внимание в своём воображении на представлениях, которые вызывают негативные реакции (говорить о негативных героях, их ужасных делах, описывает страшные предметы быта). Главным этапом в такой деятельности должно быть доведение отрицательной ситуации до положительного разрешения. Здесь также необходимо вводить добрых персонажей в игровую деятельность.

С ребёнком четвертой группы аутизма используют метод «отвлекающей» психодрамы. В связи с тем, что в фантазиях и в игровой деятельности присутствуют ужасные, неприятные герои и события, в игру вводят позитивные эмоциональные элементы. К ним также существует отбор, они должны сглаживать или устранять неприятные ситуации. Всё это способствует отвлечению ребёнка от отрицательных проявлений и постепенному их преодолению [6].

Агрессивный контакт – это одно из проявлений агрессии, которое может возникнуть, если, к примеру, на занятии присутствует новый человек, или сам ребёнок долго отсутствовал на занятиях: он может начать размахивать руками, кричать, бросаться чем-то.

В этом случае, психолог должен моментально переключить ребёнка на интересную для него тему, либо на знакомый ему вид контакта, иначе, при фиксации на отрицательном поведении ребёнка, он может в дальнейшем делать это назло окружающим. Если агрессия ребенка повторяется, нужно сразу прервать занятие.

*Коррекция агрессии у детей четвёртой группы РДА.* Проявления агрессии у этих детей обычно минимальны. Для ребёнка этой группы характерны минимальные проявления агрессии, но они могут явными при любой, даже малейшей провокации. Здесь больше проявляется вербальная агрессия, нежели физическая, а самоагрессия преобладает над агрессией к другим людям.

В ситуации, когда ребёнок терпит неудачу, у него начинаются активные проявления самоагрессии, т.к. он винит во всём себя. Чтобы преодолеть эти негативные проявления, взрослый должен постоянно поднимать тонус ребёнка (хвалить, всячески приободрять), тем самым придавая ребёнку уверенности в себе.

Физический вид агрессии может возникнуть, если ребёнку некомфортно в той или иной ситуации, он может разбросать вещи, топтаться по ним. В играх с такими детьми следует использовать такие элементы, которые помогут пережить самоагрессию [9].

Важным условием коррекционной работы является воздействие на поведение ребёнка в целом, это поможет воздействовать на такие отдельно взятые проявления аутизма, как страхи, агрессия и т.п.

### **Задания для самоконтроля**

1. Охарактеризуйте особенности установления эмоционального контакта с детьми I и II группы с аутизмом.
2. Раскройте специфику установления эмоционального контакта с детьми III и IV группы с аутизмом.
3. Опишите коррекционную работу по преодолению страхов и агрессии у детей с разным типом аутистического расстройства.

### **Тестовые задания**

#### **Задание № 1.**

Инструкция: выберите один вариант ответа

При установлении эмоционального контакта с детьми разного типа аутистического расстройства первой задачей является...

- а) развитие потребности в общении;
- б) снятие отрицательной оценки ребенком взрослого человека;
- в) развитие форм контакта с окружающими;
- г) создание у ребенка ощущения спокойствия и безопасности при контактах.

### **Задание № 2.**

Инструкция: выберите один вариант ответа

С целью коррекции страхов у детей с РДА используют

- а) эмоциональную аутостимуляцию;
- б) психодраму;
- в) игры;
- г) творческую деятельность.

### **Задание № 3.**

Инструкция: выберите один вариант ответа

Для прекращения самоагрессии у аутичного ребёнка необходимо...

- а) использовать тактильный контакт;
- б) убрать из поля зрения то, что вызывает негативную реакцию;
- в) привлечь его внимание приятными и аффективно значимыми предметами;
- г) восстановить привычную для ребенка обстановку.

### **Задание № 4.**

Инструкция: выберите один вариант ответа

Благодаря комментариям психолог учит ребенка с аутизмом –

- а) отрабатывать различные моторные и речевые навыки;
- б) укреплять собственные способы адаптации;
- в) тренировать их внимание;
- г) понимать эмоциональный смысл происходящего вокруг.

### **Использованная и рекомендуемая литература**

1. Астапов, В.М. Коррекционная педагогика с основами нейро- и патопсихологии [Электронный ресурс] / В.М. Астапов. – М.: ПЕР СЭ, 2006. – 176 с. – Режим доступа: URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=233327>
2. Баенская, Е.Р. Психологическая помощь при ранних нарушениях эмоционального развития / Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М.: Полиграф сервис, 2014. – 156 с.
3. Иванов, Е.С. Детский аутизм: диагностика и коррекция / Е.С. Иванов, Л.Н. Демьянчук, Р.В. Демьянчук. – СПб.: «Дидактика плюс», 2014. – 80 с.
4. Карасева, Е.Г. Инклюзивное обучение и воспитание детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья [Электронный ресурс] / Е.Г. Карасева. – М.: Русское слово, 2018. – 65 с. – Режим доступа: URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=486293>
5. Лайшева, О.А. Ранний детский аутизм: пути реабилитации [Электронный ресурс] / О.А. Лайшева, В.Е. Житловский, А.В. Корочкин, М.В. Лобачева. – М.: Спорт, 2017. – 109 с. – Режим доступа: URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=471234>

6. Морозова, С.С. Аутизм: коррекционная работа при тяжелых и осложненных формах / С.С. Морозова. – М.: Владос, 2014. – 176 с.
7. Рудик, О.С. Коррекционная работа с аутичным ребенком / О.С. Рудик. – М.: Владос, 2015. – 189 с.
8. Рудик, О.С. Как помочь аутичному ребенку [Электронный ресурс] / О.С. Рудик. – М.: Владос, 2014. – 208 с. – Режим доступа: URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=429796>
9. Староверова, М.С. Психолого-педагогическое сопровождение детей с расстройствами эмоционально-волевой сферы: практические материалы для психологов и родителей [Электронный ресурс] / М.С. Староверова, О.И. Кузнецова. – М.: Владос, 2013. – 144 с. – Режим доступа: URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=234877>
10. Фалевич, Е.Ю. Педагогическая работа с детьми с особенностями психофизического развития [Электронный ресурс] / Е.Ю. Фалевич, Т.С. Капелевич. – Минск: РИПО, 2015. – 64 с. – Режим доступа: URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=485921>
11. Хаустов, А.В. Психолого-педагогическое сопровождение обучающихся с расстройствами аутистического спектра [Электронный ресурс] / А.В. Хаустов, П.Л. Богорад, О.В. Загуменная и др. – М.: ФРЦ ФГБОУ ВО МГППУ, 2016. – 125 с.

## **ТЕМА 4. ОРГАНИЗАЦИЯ И СОДЕРЖАНИЕ КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПРИ РАННЕМ ДЕТСКОМ АУТИЗМЕ**

### **План**

1. Основные подходы к организации коррекционной работы детям с аутистическим расстройством.
2. Содержание и основные направления коррекционной работы с аутичным ребёнком.
3. Методика PECS в обеспечении коррекционно-развивающего процесса современного образования детей с аутизмом.

### **1. Основные подходы к организации коррекционной работы с аутичным ребёнком**

Система помощи лицам с аутизмом начала впервые формироваться в США и Западной Европе в середине 60-х гг. Нужно, однако, отметить, что первая в Европе (и, по-видимому, в мире) школа для аутичных детей Sofienskole – начала функционировать в Дании в 1920 г., когда ни в психиатрии, ни в специальной педагогике понятие детский аутизм еще не было сформулировано. Кроме того, предысторией развития системы помощи детям с РДА можно считать появление в конце 50-х гг. небольшого количества частных учреждений, чья деятельность основывалась на принципах различных вариантов психоанализа.

Обучение и воспитание аутичных детей требует (по крайней мере, на начальном и иногда весьма длительном этапе) индивидуальной работы, что приводит к резкому удорожанию стоимости образовательных услуг. Решение о создании системы помощи лицам с аутизмом не могло быть не принято уже с позиций соблюдения прав человека, однако очень существенным (а может быть, и важнейшим) был экономический фактор. Ответ на вопрос: «Что дороже: пожизненно платить пособие тяжелому психическому инвалиду с аутизмом и обеспечивать его существование хотя бы в минимально приемлемых условиях или сделать попытку адаптировать его к жизни, дать возможность учиться и работать и сделать его относительно активным членом общества?» был решен в пользу специального обучения и воспитания детей и подростков с аутизмом. Теоретически это выгоднее, но при условии достаточно высокого процента выхода воспитанников на непсихотический уровень, т.е. на уровень возможности самостоятельной жизни. «Лимитирующим фактором» в экономике образования применительно к детскому аутизму представляется фактор эффективности обучения, который, в свою очередь, зависит от методического и организационного обеспечения процесса коррекционного обучения [1].

Прикладной поведенческий анализ как теоретический и практический подход к обучению страдающих аутизмом детей начал разрабатываться в Калифорнии в 60-х годах XX века. Его основоположник – Ивар Ловаас. Теоретическое обоснование подхода связано с американской школой поведенческой

психологии, с теорией условного рефлекса И.П. Павлова и концепцией оперантного обуславливания Ф. Скиннера. За прошедшие десятилетия в США и других странах появилось множество образовательных учреждений, где работают с аутичными детьми в рамках этого подхода. Выделяют два крупных направления в рамках поведенческой терапии.

*Оперантное обучение* (поведенческая терапия) достаточно широко распространено в США и некоторых других странах (Норвегия, Южная Корея, ряд арабских стран, в некоторой степени Германия). Метод предполагает создание внешних условий, формирующих желаемое поведение в самых различных аспектах: социально-бытовом развитии, речи, овладении учебными предметами и производственными навыками. Обучение проводится в основном индивидуально. Формально эффективность метода достаточно высока: до 50-60% воспитанников становятся способными овладеть программой массовой школы, получают возможность работать достаточно успешно для того, чтобы обеспечить свое существование, а в отдельных случаях даже поступают в колледжи и университеты. Вместе с тем полученные в ходе обучения навыки с трудом переносятся в другие условия, носят ригидный, в большей или меньшей степени механический, «роботоподобный» характер, и желаемый уровень гибкой адаптации к жизни в обществе, как правило, не достигается, а если это и происходит, то не только благодаря, но и в значительной степени и вопреки использованному методу [5].

*ТЕАССН-программа* начала разрабатываться Э. Шоплером, Р. Райхлером и Г. Месибовым в начале 70-х гг. в университете штата Северная Каролина и сейчас в этом и в некоторых других штатах является государственной, она широко распространена во многих странах Европы, Азии, Африки.

Тщательное изучение особенностей психики аутичных детей привело многих зарубежных авторов к выводу, что при аутизме мышление, восприятие и психика в целом организованы совсем иначе, чем в норме: восприятие носит в основном симультанный характер, дети не усваивают или усваивают с большим трудом сукцессивно организованные процессы, у них особый характер мышления.

Эти особенности психики затрудняют, а в тяжелых случаях делают невозможной адаптацию к окружающему миру, и, по мнению сторонников ТЕАССН-программы, следует направлять усилия 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. Обучение речи считается целесообразным только при  $IQ > 50\%$  и не расценивается как обязательное, так же как и воспитание учебных и профессиональных навыков. В основе конкретных методик – четкое структурирование пространства и времени (через различные формы расписаний), опора на визуализацию [7].

ТЕАССН-программа практически никогда не обеспечивает достаточно высокого уровня адаптации к реальной жизни, но она позволяет довольно быстро достичь положительных устойчивых изменений в работе даже с очень тя-

желыми случаями аутизма. Цель – добиться возможности жить «независимо и самостоятельно» достигается, но только в особых, ограниченных или искусственно созданных условиях.

Организационно идеальными считаются развитие и жизнь в домашних условиях, так как именно семья – «естественная среда существования» для аутичного ребенка. Этот тезис делает работу с родителями чрезвычайно важной. На Западе используются холдинг-терапия (М. Уэлш), терапия «ежедневной жизнью» (К. Китахара), терапия «оптимальными условиями» (Б. и С. Кауфманы) и др. [5].

Из отечественных подходов к коррекции аутизма наиболее известна предложенная *К.С. Лебединской и О.С. Никольской методика комплексной медико-психолого-педагогической коррекции*, основанная на представлении об аутизме прежде всего как об аффективном расстройстве. В отличие от зарубежных методов большое значение отводится комплексности постоянному взаимодействию педагогов, психологов и врачей-психиатров. Основные усилия направляются на коррекцию эмоциональной сферы, на эмоциональное тонизирование ребенка. Метод достаточно эффективен при работе с относительно легкими формами РДА, применение же его для случаев с глубокими аутистическими расстройствами представляется весьма проблематичным.

Со второй половины 1970-х гг. благодаря работам ленинградских (Щ.Н. Исаев, В.Е. Каган и др.) и особенно московских (К.С. Лебединская, В.В. Лебединский, О.С. Никольская и др.) психиатров и психологов постепенно стало складываться представление о РДА как об особом отклонении психического развития, из чего следовала необходимость не только и не столько медикаментозного лечения, сколько коррекционного обучения и воспитания с использованием особых, специфических для РДА форм и методов. Такая точка зрения была официально закреплена решением Президиума АПН СССР в 1989 г. Однако, несмотря на значительные успехи в научных медицинских и психологических исследованиях, а также на интересные, обнадеживающие результаты экспериментально-методической работы, государственной системы комплексной помощи детям и подросткам, страдающим ранним аутизмом, в России не создано [8].

Специальных (коррекционных) образовательных госучреждений для детей с аутизмом в Москве и в России очень мало. Большинство детей и подростков с аутизмом находится или в других видах специальных школ, или в массовых школах, или в учреждениях систем здравоохранения и социальной защиты населения.

Более приемлемой может быть небольшая коррекционная группа, в которой с аутичным ребенком проводятся индивидуальные занятия психологом и педагогом, а врачом осуществляется поддерживающая медикаментозная терапия.

Ранний детский аутизм (РДА) как вариант тяжелого дизонтогенеза, при котором развитие ребенка задерживается и искажается вследствие нарушения контакта с внешним миром, и, в первую очередь с близкими людьми, ставит

перед психологом задачу адекватной помощи семье аутичного ребенка в целом [10].

*Холдинг-терапия.* Метод разработан доктором M. Welch (1983) как психотерапевтическая техника, холдинг (от английского hold – держать) и выглядит очень просто. В специально отведенное время мать берет своего ребенка на руки, крепко прижимает его к себе. Ребенок должен сидеть у матери на коленях, прижатым к груди, так, чтобы у матери была возможность посмотреть ему в глаза. Не ослабляя объятий, несмотря на сопротивление ребенка, мать говорит о своих чувствах и своей любви к своему сыну или дочке и о том, как она хочет преодолеть ту или иную проблему.

Холдинг-терапия включает в себя повторяющиеся процедуры холдинга – удержания ребенка на руках у родителей до его полного расслабления (физического и эмоционального). Психологическим обоснованием такого удержания может быть то, что оно противопоставлено обычному для аутичного ребенка поведению, направленному на избегание контакта [5].

Матери аутичного ребенка очень сложно установить тесный контакт с ним, так как ребенок не подкрепляет ее инстинктивное поведение: не смотрит ей в глаза, не принимает позу готовности при взятии на руки, не улыбается в ответ на улыбку матери и т.п. Поэтому аутичный ребенок недополучает такие необходимые для развития вещи, как контакт глазами, голосом, телесный контакт. Мать часто не может помочь такому ребенку пережить травмирующие события, успокоить, когда больно или страшно, так как он не сообщает об этом матери, не ищет утешения и защиты у нее на руках. На боль, психологический дискомфорт аутичный ребенок может реагировать усилением стереотипных движений, «застыванием», «замиранием» или криком, о причине которого мать часто не может догадаться. Ясно поэтому, что холдинг опирается на естественное инстинктивное желание матери обнять ребенка и удержать его при себе, чтобы разобраться в том, что с ним происходит, утешить и попробовать наладить взаимоотношения с ним.

Обычно на «ситуацию удержания» аутичный ребенок реагирует отчаянным сопротивлением, воспринимая такое «лишение свободы» как витальную опасность. Поэтому многое зависит от того, что именно родители говорят ребенку, какие эмоциональные аргументы они подбирают для того, чтобы объяснить ему ситуацию. Страх ребенка и вызванное им сопротивление всегда уходят, когда родители настойчиво объясняют ребенку, как он им нужен, говорят, что не хотят его обидеть, а, наоборот, хотят с ним пообщаться и поиграть. Задача родителей во время холдинга поэтому состоит в том, чтобы удержать ребенка не только физически, сколько эмоционально, уговаривая его не уходить, не покидать маму и папу, повторяя, как важно быть всем вместе [9].

Автор метода M. Welch выделяет в процедуре холдинга три стадии: конфронтацию, отвержение (или сопротивление) и разрешение. «Первая стадия любой сессии холдинга – это *конфронтация*. Обычно ребенок противится началу холдинга, хотя часто на протяжении всего дня ждет его. Он (или она) может находить любые поводы, лишь бы уклониться от начала «процедуры». Ко-



гда так или иначе матери удастся настоять на своем, усадить ребенка себе на колени и заключить его в свои объятия, после конфронтационной паузы наступает фаза *активного отвержения*. Наступление этой фазы не должно пугать мать или находящегося рядом с матерью и с ребенком отца, который может обнимать их двоих. Ее наступление как раз говорит о том, что холдинг проходит нормально. В эти минуты нельзя ни в коем случае поддаться жалобам и плачу ребенка или испугаться и отступить под его физическим натиском. Ребенок может рваться из объятий, кусаться, царапаться, плевать, кричать и обзывать мать разными обидными словами. Правильная реакция матери состоит в том, чтобы, глядя ребенка, успокаивать его, говорить ему, как она его любит и как переживает, что он страдает, но она, ни за что не отпустит его именно потому, что любит. После различной по продолжительности второй стадии неизбежно наступает третья стадия – *стадия разрешения*. На этой стадии ребенок перестает сопротивляться, устанавливает контакт глазами, расслабляется, у него появляется улыбка, ему становится легко проявить нежность; мать и ребенок получают возможность говорить на самые интимные темы и переживать чувство любви» [4].

После сеанса холдинга ребенок становится спокойным, расслабленным (иногда после первого холдинга ребенок может даже заснуть) или может оставаться достаточно активным. В любом случае он начинает контактировать с родителями: появляется прямой взгляд в глаза, ребенок может рассматривать лицо матери так, как будто видит его впервые, ощупывает его, гладит мать по волосам.

Доктор Welch рекомендует проводить холдинг ежедневно один раз, а также во всех ситуациях, когда ребенку плохо (либо он прямо выказывает это, либо плохо себя ведет). При этом полное физическое здоровье родителей и ребенка является необходимым и обязательным условием проведения холдинг-терапии.

Длительность первого сеанса холдинга с аутичным ребенком варьирует в пределах 1,5 - 4,5 ч. Очень важно, чтобы первый холдинг был доведен до «хорошего конца», и ребенок полностью расслабился, тогда в последующие дни его сопротивление редуцируется, оставляя все больше времени для развития позитивного эмоционального взаимодействия. В противном случае сопротивление ребенка остается таким же отчаянным и длительным, как в первый раз, на протяжении многих дней, и не всем родителям хватает эмоциональной выносливости, чтобы продолжать холдинг-терапию, добиваясь полного эмоционального и физического расслабления ребенка.

Как правило, только первое «сражение» может длиться больше двух часов. В дальнейшем сопротивление ребенка сходит на нет, и занятие занимает не более 1,5 - 2 ч. (при этом преодоление сопротивления ребенка занимает от нескольких минут до получаса, а игры, чтение стихов и сказок, рисование и другие развивающие занятия – остальное время) [5].

В процессе холдинг-терапии достигается существенный прогресс в развитии, прежде всего, эмоционального контакта с близкими людьми. Ребенок ста-

новится активным в исследовании окружающего мира, проявляет интерес к событиям, происходящим дома, на улице. Он активнее включается в любое взаимодействие, идет на тактильный контакт (дает себя обнять, подержать на руках), чаще смотрит в глаза, чаще обращается с просьбой. Речевое развитие, как правило, тоже прогрессирует, по крайней мере, дети чаще пытаются обращаться не криком, а словом. Уменьшаются проявления агрессии и самоагрессии, ребенок становится более спокойным и управляемым. В ряде случаев дети начинают проявлять интерес к книгам, рисованию, совместной игре.

Существует ряд обстоятельств, делающих проведение холдинг-терапии невозможным. Это:

- тяжелые соматические (острые или хронические) заболевания родителей или ребенка;
- ситуация неполной семьи, когда в семье нет отца, также исключает возможность холдинг-терапии;
- сопротивление родителей, их эмоциональная неготовность к холдинг-терапии [10].

Ведущие исследователи Л.В. Мардахаев, Е.А. Орлова, Л.М. Шипицына констатируют тот факт, что «несмотря на значительные успехи в медицинских и психологических исследованиях, а также на интересные, обнадеживающие результаты экспериментально-методической работы, государственной системы комплексной помощи детям и подросткам, страдающим ранним аутизмом, в России не создано». Российский эксперт в области диагностики и психокоррекции аутизма С.С. Морозова, «в аспекте оказания детям с осложненными формами аутизма практической психолого-педагогической помощи в настоящее время в стране спрос многократно превышает предложение» [6].

В России существует положительный опыт работы с детьми с аутистическими нарушениями с использованием поведенческих методов и техник. Именно эти методы и техники положены в основу программ специальной школы.

Большинство коррекционных программ, призванных помочь ребенку-аутисту, основаны на поведенческой терапии. Она подразумевает поощрение ребенка за правильное, желаемое поведение и игнорирование неверного или нежелательного поведения.

Программа для Floor Time или «Игровое время» - поведенческий метод лечения аутизма, основанный на методах знания этапов развития ребенка. Методика создана Стенли Гринспаном, американским профессором психиатрии, практикующим на расстройствах аутистического спектра и отставания психического развития у детей и подростков. Данный метод зарекомендовал себя как эффективный, поскольку он учитывает индивидуальные особенности каждого малыша, его можно применять дома, не меняя при этом привычную среду аутиста. В своем развитии детки проходят шесть стадий развития:

1. Стадия интереса ребенка к миру (достигается примерно к 3-месячному возрасту).
2. Стадия привязанности (к 5-месячному возрасту).

3. Стадия развития двухсторонней коммуникации (к 9-месячному возрасту).
4. Стадия осознания самого себя (к 1,5-летнему возрасту).
5. Стадия эмоциональных идей (к возрасту 2,5 года).
6. Стадия эмоционального мышления (к 4-летнему возрасту).

Ребенок с аутизмом не проходит все 6 стадий развития, а останавливается на какой-то одной. В основе метода лежат две противоположные цели: следовать патологическим привычкам и использовать их для привлечения интереса и установления контакта [8].

Программа «АВА» - прикладной анализ поведения для коррекции проблемного поведения, обучения и социальной адаптации детей с расстройствами аутистического спектра и другими нарушениями развития. При данном подходе все навыки, которые даются ребенку тяжело, разбиваются на мелкие действия. Каждое из них разучивается с ребенком отдельно. Например, ребенку-аутисту дается инструкция: «Подними руку». При необходимости педагог дает пример (сам поднимает руку ребенка), поощряя за верное действие каждый раз. После нескольких попыток «задание – пример – вознаграждение» от ребенка требуется самостоятельное выполнение инструкции. Если он выполняет ее верно, то получает награду. Когда количество усвоенных ребенком навыков становится достаточно велико, происходит их усложнение и генерализация.

Специалисты отмечают, что методика АВА, с ее пошаговым разучиванием огромного количества предметов и действий, требует колоссального времени и усилий (домашние занятия занимают 30 и больше часов в неделю). Самим родителям редко удается справиться с такой задачей. Поэтому коррекция аутизма с помощью программы АВА обычно требует привлечения к процессу нескольких специалистов, которые по очереди работают с ребенком [7].

## **2. Содержание и основные направления коррекционной работы с аутичным ребёнком**

Психолого-педагогическое сопровождение – система профессиональной деятельности специалистов, направленной на создание социально-психологических условий для успешного обучения и развития каждого ребенка независимо от уровня его способностей и жизненного опыта, в конкретной социальной среде.

В качестве основных этапов процесса сопровождения выступают следующие:

- диагностический этап, ориентированный на всестороннее изучение психолого-медико-педагогических особенностей конкретного ребенка с установлением ведущих этиологических факторов и патогенетических механизмов;
- поисковый этап, связанный с разработкой стратегии и тактики работы с обучающимся, выбором образовательной, воспитательной и коррекционной технологии. Одним из подэтапов является консультативно-проективный, в процессе которого специалисты сопровождения обсуждают со всеми заинтересо-

ванными лицами (и прежде всего с родителями ребенка) возможные варианты решения проблемы, позитивные и негативные стороны разных решений, строят прогнозы эффективности использования той или иной методики. Логическим завершением этого этапа является распределение обязанностей по реализации избранных планов, определение последовательности действий, уточнение сроков исполнения тех или иных организационных действий;

- деятельностный этап включает едино направленную скоординированную деятельность специалистов разного профиля согласно избранной стратегии работы с ребенком;

- рефлексивный этап – период осмысления получаемых результатов, позволяющий уточнить и оптимизировать содержание деятельности основываясь на данных динамической диагностики [3].

Организация работы с аутичными детьми требует акцента на некоторых значимых факторах, во многом определяющих эффективность сопровождения, среди которых можно выделить несколько основных.

1. Необходимость дополнительных усилий по адаптации ребенка в непривычных условиях.

2. Устранение, с учетом возможностей ребенка, всех форм изоляции и гибкая система интеграции в воспитательной и учебной работе.

3. Помощь, реализуемая в жизни ребенка через все виды его деятельности.

4. Четкое взаимодействие всех специалистов учреждения на всех этапах сопровождения с особым учетом рекомендаций врачей и психологов.

5. Адекватное (соответствующее индивидуальным возможностям ребенка) сочетание образовательной, коррекционной и лечебной деятельности.

6. Разработка разноуровневых учебных программ с обеспечением возможности гибкого перевода с одного варианта обучения на другой в зависимости от данных динамической диагностики.

7. Включение родителей в деятельность учреждения в качестве соучастников реабилитационного процесса.

8. Поддержание благоприятного психологического климата в учреждении [9].

Независимо от организационной формы психолого-педагогического медико-социального (ППМС) сопровождения, действующей в образовательном учреждении (консилиум, служба, центр) основные направления организационно-методического обеспечения образовательной и коррекционной работы с аутичными детьми следующие:

- разработка и уточнение индивидуального образовательного маршрута для каждого ребенка (включает в себя определение образовательных программ и организацию их по темам во временных интервалах, доступных ребенку с учетом его реальных возможностей);

- разработка, уточнение с учетом данных динамического обследования и реализация схем и программ сопровождения;

- гигиеническое нормирование нагрузок;

- обеспечение преемственности и последовательности в работе с ребенком;
- организация и проведение психолого-медико-педагогических консилиумов.

Основные области деятельности специалистов сопровождения:

*Учитель-дефектолог:* педагогическая диагностика, разработка и уточнение индивидуальных образовательных маршрутов, обеспечение индивидуальных, подгрупповых и групповых занятий с детьми в соответствии с избранными программами.

*Педагог-психолог:* психологическая диагностика, психологическое консультирование, разработка и оформление рекомендаций другим специалистам по организации работы с ребенком с учетом данных психодиагностики (в соответствии с уровнем квалификации целесообразно использование тренинговых, психокоррекционных и психотерапевтических форм работы).

*Учитель-логопед:* логопедическая диагностика, коррекция и развитие речи, разработка рекомендаций другим специалистам по использованию рациональных логопедических приемов в работе с ребенком.

*Социальный педагог:* объективное изучения условий жизни и семейного воспитания ребенка, социально-психологического климата и стиля воспитания в семье, обеспечение законодательно закрепленных льгот детям с нарушениями в развитии и их семьям, решение конфликтных социальных проблем в пределах компетенции.

*Воспитатель:* определение уровня развития разных видов деятельности ребенка, особенностей коммуникативной активности и культуры, уровня сформированности целенаправленной деятельности, навыков самообслуживания согласно возрастному этапу, реализация рекомендаций учителя, психолога, логопеда, врача (организация режима, развивающих и коррекционных игр и т.д.).

*Врач:* организация медицинской диагностики и проведение ее отдельных элементов в соответствии с уровнем квалификации и специализацией, организация и контроль антропометрии, уточнение схем медикаментозного, физио- и фитотерапевтического лечения, лечебной физкультуры и массажа с динамическим контролем, контроль за организацией питания детей, разработка медицинских рекомендаций другим специалистам.

*Старшая медицинская сестра:* обеспечение повседневного санитарно-гигиенического режима, ежедневный контроль за психическим и соматическим состоянием воспитанников, проведение фито- и физиотерапевтических процедур.

*Инструктор ЛФК:* проведение занятий по согласованным с врачом учреждения или курирующей организации (ППМС-центра, детской поликлиники и т.п.) схемам.

*Массажист:* проведение массажа по согласованным с врачом учреждения или курирующей организации (ППМС-центра, детской поликлиники и т.п.) схемам.

*Музыкальный руководитель (педагог дополнительного образования):* реализация используемых программ музыкального воспитания, программ дополнительного образования с элементами музейной, музыкальной, танцевальной, креативной, театральной терапии с учетом рекомендаций педагога-психолога и обязательным представлением для психологического анализа продуктов детского творчества как проективный материал.

*Представитель администрации* – руководитель службы сопровождения: перспективное планирование деятельности службы, координация деятельности и взаимодействия специалистов, контроль за организацией работы, анализ эффективности [11].

В свою очередь выделяют комплексную клинико-психолого-педагогическую коррекцию РДА. Она разработана К.С. Лебединской и О.С. Никольской и включает следующие разделы и этапы коррекционной деятельности:

1. Психологическая коррекция:

а) установление контакта со взрослыми;

б) смягчение общего фона сенсорного и эмоционального дискомфорта, тревоги, страхов;

в) стимуляция психической активности, направленной на взаимодействие со взрослыми и сверстниками;

г) формирование целенаправленного поведения;

д) преодоление отрицательных форм поведения: агрессии, негативизма, расторможенности влечений.

2. Педагогическая коррекция РДА:

а) формирование навыков самообслуживания;

в) пропедевтика обучения (коррекция специфического недоразвития восприятия, моторики, внимания, речи; формирование навыков изобразительной деятельности).

3. Медикаментозная коррекция РДА: поддерживающая психофармакологическая и общеукрепляющая терапия.

4. Работа с семьей:

а) психотерапия членов семьи;

б) ознакомление родителей с рядом психических особенностей ребенка;

в) составление индивидуальной программы воспитания и обучения аутичного ребенка в домашних условиях;

г) обучение родителей методикам воспитания аутичного ребенка, организации его режима, привитие навыков самообслуживания, подготовки к школе [7].

В группу следует принимать детей в возрасте 3-6 лет, имеющих симптомы раннего детского аутизма. Обязательным условием приема ребенка является строгое выполнение родителями всех рекомендаций врача, психолога и педагога. Поэтому с родителями предварительно проводится беседа, в которой их знакомят с правилами работы группы, требованиями в отношении выполнения указаний специалистов.

Индивидуальные занятия с аутичным ребенком проводятся 2-3 раза в неделю. Их длительность зависит от возраста и состояния ребенка. Психологическое занятие, осуществляемое в игровой форме и потому наиболее насыщенное для ребенка положительными эмоциями, - в течение 45 минут – 1,5 часов, педагогическое – в течение 30-45 минут.

Врач проводит краткую беседу с ребенком и родственником перед занятием, наблюдает ребенка в течение занятия, после которого, в случае необходимости, повторно беседует с родственником, уточняет терапевтические назначения и дает рекомендации по воспитанию ребенка дома.

Средний срок такого режима занятий ребенка в группе – 3-4 года.

С возраста 7-8 лет, когда аутичный ребенок начинает учиться в школе (массовой или вспомогательной), посещение группы можно ограничить до одного в 2-4 недели. Такая «поддерживающая» медико-психолого-педагогическая коррекция направлена в основном на адаптацию ребенка к школьному коллективу, на профилактику легко возникающих трений и конфликтов со сверстниками, недоразумений с педагогами, большей частью плохо учитывающими особенности эмоциональной и интеллектуальной сфер ребенка. Многие из аутичных детей в первом классе могут заниматься только по индивидуальной программе, посещать школу 2-3 дня в неделю. Нередко на перемене или даже на уроке около них сначала должен быть кто-либо из родителей. Поэтому на начальном этапе обучения аутичного ребенка необходима связь психолога или педагога группы с учителем школы.

Одним из вариантов обучения аутичных детей и подростков в государственных учреждениях образования является создание специальных классов для аутичных детей в массовых и специальных школах других типов.

В некоторых случаях (при легких формах аутистических расстройств) аутичные дети учатся в общеобразовательных школах. Такие прецеденты возникают спонтанно и даже вообще не выявляются; это не означает отсутствие проблем в обучении и воспитании: они, как правило, достаточно выражены, но не достигают критической остроты [7].

Наиболее частой является другая ситуация: включение ребенка, прошедшего коррекцию в специальном учреждении, в детский сад или школу.

*Коррекционная работа* должна осуществляться поэтапно, исходя из степени выраженности аутистического дизонтогенеза ребенка с РДА. Используются адаптированные для работы с аутистами обычные программы по обучению и организации игр для обычных и специализированных детских яслей и садов. Оценка состояния ребенка-аутиста, уровня его развития, запаса знаний, поведенческих навыков проводится комплексно всеми специалистами и служит основой разработки индивидуального плана коррекционных мероприятий. На первых этапах отрабатывается важнейшая реакция оживления и слежения, формируется зрительно-моторный комплекс.

В последующем, развивают тактильное, зрительно-тактильное, кинестетическое, мышечное восприятие. Затем проводится работа по воспитанию навыков самообслуживания. На следующем этапе задача усложняется переходом

от манипулятивной игры к сюжетной. Наиважнейшей стороной работы остается побуждение к деятельности, многократное повторение игр, формирование игровых штампов, с постоянным использованием зрительно-моторного комплекса. Словесные комментарии необходимо давать в краткой форме. Собственно педагогические программы должны быть направлены на обучение детей понятиям числа, счету, определению временных категорий, ориентировке в пространстве. Этап от этапа решается задача усложнения деятельности, увеличивается предлагаемый объем навыков и знаний. Любые задания должны предлагаться в наглядной форме, объяснения должны быть простыми, повторяющимися по несколько раз. Речевые задания нужно предъявлять голосом разной громкости, с обращением внимания на тональность. И на последующих этапах работы по-прежнему решается задача усложнения деятельности, с постепенным переходом от индивидуальных к направленным игровым заданиям, еще позднее к сложным играм, упражнениям в группах по 3-5 и более детей [4].

#### *Логопедическая работа.*

Для логопеда, который принимает участие в психолого-педагогическом сопровождении ребенка с РДА, важно уметь применять такой важный элемент занятия, как эмоционально-смысловой комментарий. Благодаря этому элементу можно добиться не только осознания ребенком окружающей среды, вовлеченности ребенка в реальность, но и понимания им речи.

Требования к осуществлению эмоционально-смыслового комментария:

- привязка к опыту ребенка;
- внесение смысла, даже в бессмысленную деятельность ребенка;
- фиксация на приятных для ребенка ощущениях;
- пояснение причинно-следственных связей (развитие представлений ребенка об окружающих его предметах и явлениях).

Коррекционную логопедическую работу следует начинать с рассмотрения особенностей речи детей с расстройствами аутистического спектра. Как известно, при таком роде заболеваний, одной из первых страдает функция речи, как одна из наиболее молодых функций ЦНС, и восстановлению поддается тяжело, этап за этапом [8].

Логопедическая работа должна быть направлена, прежде всего, на развитие речи, коррекцию нарушенных её компонентов и строиться соответствующе специфике нарушения речи. Кроме того, коррекция речи должна способствовать развитию слухового внимания и фонематического слуха, постановке нарушенных звуков, их автоматизации.

Одним из главных направлений в развитии речи является формирование и развитие связной речи. При работе над этим речевым компонентом, детей учат составлять предложения по картинкам, их сериям, опорным словам, проводится работа над связным текстом, который состоит из пересказа, «проигрывания», драматизации, стихотворной речи.

Для детей с РДА очень важны навыки диалогической речи, потому что у них возникают трудности в простейших бытовых ситуациях. К примеру, при походе в магазин, аптеку, в поликлинику, в социальные учреждения. Таким об-



разом, на занятиях с ребёнком изучаются диалоги различного характера в игровой форме, этот навык особенно важен для социализации таких детей.

Путём поэтапного усложнения заданий и учебного материала происходит коррекционное воздействие на речевую функцию в целом.

При логопедической работе с детьми с РАС возникают большие трудности, связанные с их психическими и поведенческими особенностями.

При формировании звуковой стороны речи наблюдаются следующие трудности:

– постановка звуков путём подражания через зеркало становится практически невозможной из-за того, что ребёнок болезненно воспринимает тактильные контакты;

Вследствие этого так важна подготовительная работа, которая проводится в форме игры: изучение органов артикуляции, отработка простейших движений языком, выполнение дыхательных и голосовых упражнений, приучение ребенка к выполнению упражнений с визуальным контролем через зеркало. Затем идёт усложнение материала.

Постановка звуков должна проводиться только 5-6 лет, как при нормальном развитии, а чуть позже, это связано с поведенческими особенностями детей данной группы [6].

Развитие активного, пассивного словаря и слухового внимания – это основа для дальнейшего усвоения детьми лексико-грамматических форм.

Имея все выше перечисленные базовые речевые навыки, дети могут приступить к изучению словообразованию и словоизменению.

Обращённая речь детей с аутизмом понимается неточно, приблизительно, из-за этого для них важно развитие вербализованных представлений об окружающем мире, правильное восприятие объектов и явлений, понимание различных ситуаций.

На основе понимания слышимой речи происходит постепенное развитие активной речи. Позже важно развивать умение описывать предметы и события. Кратким ответом является элементарная форма устной речи, которая подводит к простому диалогу, затем следует развёрнутая разговорная речь.

Важно при работе с такими детьми быть готовым к тому, что усвоение учебного речевого материала будет происходить крайне медленно и проблематично [8].

Психологическая коррекция также начинается с диагностики проявлений психического дизонтогенеза ребенка в условиях его общей и игровой деятельности. Основной задачей является вовлечение аутистов в разные виды индивидуальной и совместной деятельности, формирование произвольной, волевой регуляции поведения. Освоение системы игровых штампов аутистами способствует формированию у них памяти, внимания, восприятия. Психотерапевтическая работа с самим аутистом и семьей направлена на коррекцию поведения ребенка, на коррекцию и укрепление семьи, привлечение семьи, привлечение родителей к воспитательной работе с ребенком, обучение приемам работы с ним.

Первый этап – социально-бытовая адаптация детей с ранним детским аутизмом. Цель: помочь ребенку адаптироваться в окружающей жизни, достигнуть необходимого в данном возрасте уровня социально-бытовой компетенции.

Задачи:

- корригировать аутистические проявления;
- воспитывать умения и навыки общения;
- формировать различные виды самообслуживающего труда;
- развивать мышление, внимание, память, речь;
- расширять пассивный и активный словарный запас;
- воспитывать социальные нормы поведения [7].

Коррекционно-развивающая работа с детьми с аутизмом требует терпения и кропотливости. Не избежать в ней периодов спада, регрессии. Однако определенный процесс психического развития большинства занимающихся детей заметен уже на первом году обучения. Исследователи обращают внимание на то, что при адекватной коррекционной помощи дети преодолевают страх перед контактом с окружающим миром, перед обучением, они становятся более открытыми, начинают вступать в общение. Исчезает негативизм по отношению к использованию речи, что способствует увеличению запаса сведений, приобретению начальных навыков счета, письма, улучшению моторики. Появляется личностное отношение к себе и ситуации: реакция на похвалу и порицание, осознание ряда своих болезненных особенностей, элементы контроля за своим поведением и желание помощи со стороны взрослых.

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

Коррекционно-развивающая работа с детьми с ранним детским аутизмом достаточно специфична в связи с особенностями их развития. Учитывая это, социально-бытовая адаптация проводится в два этапа: развитие взаимодействия с ребенком, формирование разнообразных видов самообслуживающего труда [8].

Второй этап – формирование разнообразных видов самообслуживающего труда. На втором этапе следует учитывать такие особенности коррекционно-развивающей работы:

- преодоление трудностей в осуществлении целенаправленной деятельности ребенка;
- обучение социальным нормам поведения, развитие способностей ребенка.

Переход ко второму этапу возможен при преимущественном решении задач первого этапа. Специфика коррекционно-развивающей работы на этом эта-

пе заключается в следующем: ребенок с РДА быстро пресыщается, устает, отвлекается даже от интересных и любимых занятий. Предупреждению этого способствует работа по заранее составленному плану, режиму дня, частая смена видов деятельности, учет желания взаимодействовать с педагогом.

Содержательной стороной занятий является деятельность, которая любима, которая доставляет приятные сенсорные ощущения, то есть педагог ориентируется на интересы и пристрастия ребенка. На начальных этапах обучения используются его стереотипы. Выбор места для занятий: там, где ребенок чувствует себя наиболее спокойным, защищенным, предметы, которые он особенно любит, которые одушевляются (они смотрят, помогают, улыбаются), любимые маршруты в квартире и на улице, места обучения различным навыкам: обуваться удобнее возле вешалки, тумбочки, стула (определяется ориентир, который долгое время будет постоянным). Используемые вещи должны находиться вблизи ребенка; книги лучше ставить на эту полку, потому что..., игрушки складывать в этот ящик, потому что... В момент обучения взрослый стоит позади малыша, оказывая незаметно необходимую помощь, создавая ощущение самостоятельного выполнения действия, которое всегда комментируется как положительное: «Ты внимателен, так мне помогаешь. Мы вместе с тобой одеваемся» [7].

По мере увеличения активности ребенка, взрослый убирает свои руки, направляя руки ребенка к выполнению того или иного действия: подтянуть колготки, пальчиками найти петлю в куртке, пуговицы в шортах, самостоятельно застегнуть молнию. Ребенка постоянно хвалят, но похвала должна быть умеренной, за выполненное действие, за усвоенные действия, достигнутый положительный результат педагог одобрительно покачивает головой, поглаживает по руке, голове ребенка. Одобрительные слова предваряют те действия, которые еще требуют освоения. Использование таких слов необходимо ограничивать, чтобы не вырабатывалась зависимость от словесной подсказки взрослого. В дальнейшем действия ребенка становятся более самостоятельными.

Трудности аутичного ребенка, в том числе и его обучения, во многом обусловлены дефицитом или неправильным распределением психофизического тонуса. Такому ребенку необходимы специальные занятия по моторному развитию или хотя бы включение эпизодов таких занятий в игру. Ему, как и любому другому ребенку, необходимы постоянные физические нагрузки для поддержания психофизического тонуса, снятия эмоционального напряжения [8].

Формируя у ребенка разнообразные формы бытового самообслуживания, важно помнить о том, что самое трудное в этом – не сделать за него то, что он должен сделать сам. Чем выше уровень бытовой адаптированности ребенка (самостоятельность в умывании, одевании, в приеме пищи, в опрятности), тем больше времени у малыша освобождается для игр и другой полезной деятельности, и свободнее будет взрослый.

### **3. Методика PECS в обеспечении коррекционно-развивающего процесса современного образования детей с аутизмом**

PECS (The Picture Exchange Communication System) – это система по обучению навыкам коммуникации с помощью обмена карточками. Данная система общения создана в 1985 г. авторами Энди Бонди и Лори Фрост [11]. Она была использована в рамках проводимой в штате Делавэр программы по исправлению аутизма. Основная цель данной методики заключается в самостоятельном и целенаправленном иницируемом общении детей с аутизмом. PECS технологии опираются на принцип прикладного анализа поведения. Выбранный подход направлен на обучение умению общаться посредством выбора картинки и передавая ее своему партнёру.

#### **PECS – ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП**

До того, как обучать ребенка первичным навыкам коммуникации с помощью карточек PECS, следует основательно подготовиться к обучающему процессу. На первом этапе обучения осуществляется формирование навыков, которые позволяют детям реализовать свои желания, предложения, обращения. Необходимо круг увлечений ребёнка определить сразу же. На подготовительном этапе работы с детьми с аутизмом можно предложить следующими варианты:

##### **1. Наблюдение за ребенком и занесение данных в таблицу.**

Процесс наблюдения заключается в выяснении и уточнении данных о любимом занятии, еде (вкусное, сладкое, кислое, солёное), окружении, с кем предпочитает проводить свободное время, где гулять, и что вызывает неприятные чувства и эмоции. Затем информация подвергается анализу и заносится в документ.

##### **2. Планомерное тестирование.**

Данная проверка направлена выявление мотивационных стимулов. Для решения данной задачи можно собрать все любимые предметы ребенка вместе, и дать ему право осуществить свой выбор. В ходе данного этапа важно нацелить внимание на то, какие предметы его интересуют, на чем ребёнок заостряет свой взгляд, какой выбор он осуществляет, с какими вещами легко расстается. Например, выбор в отношении своих любимых игрушек или же из нового набора предметов.

Полученные результаты заносятся в документ.

Далее необходимо осуществить подготовку необходимого материала.

1. Фотографии любимых стимулирующих предметов, вещей и т.д.

Желательно, не в полную величину, а размером 5X5.

2. Липучки

3. Папку с разделителями, на которые можно будет прилепить фотографии на липучках. Эти разделители будут расположены в папке, как листы в книге.

4. Полоску из плотного картона на липучке, на которую можно прикреплять несколько карточек в определенном порядке - для построения предложений.

Необходимо запомнить, что с увеличением коммуникативных инициатив и словарного запаса, подготовленных фотографий будет недостаточно. И в ходе дальнейшей деятельности их надо увеличить [11].

### **PECS – ПЕРВЫЙ ЭТАП**

На первом этапе процесса обучения PECS, необходимо сформировать у детей с аутизмом умение предоставить своему партнеру карточку, которая позволит получить ему необходимую вещь. Ребёнку при обнаружении стимула необходимо взять в руки карточку, протянуть ее в руки педагога.

Цель данного процесса обучения заключается в реализации самого действия, а именно «подача карточки». Здесь не надо акцентировать внимание на выбор и разнообразие предметов. Применяется только одна вещь и только одна карточка, и только одна карточка.

Первый этап требует взаимодействие сразу трёх людей: двух взрослых и ребёнка. Каждый из них располагается на определенном месте. Один взрослый с предметом (который желает приобрести ребёнок) в руках находится напротив ребёнка. Второй партнер сидит позади ребёнка, и направляет руку ребёнка к необходимой карточке, которую необходимо взять и отдать впереди сидящему взрослому. Образ коммуникативного партнёра, который находится сзади, может быть самым разнообразным: фея, принцесса, волшебница,

В процессе данной деятельности нельзя снижать проявление инициативы со стороны ребенка. Необходимо, что два взрослых партнёра проявляли молчание. Поэтому следует избегать инструкций, обращений и вопросов: «Что хочешь?», «Если хочешь сладенькое, то отдай карточку!».

Для того, чтобы ребёнок проявлял больше инициативы необходимо приблизить ту вещь, которую хочет получить «маленький» партнер, но при этом, не использовать словесных обозначений. В свою очередь второму взрослому важно обратить своё внимание на двигательные реакции ребенка. В тот момент, когда ребёнок протягивает руку к определенному предмету, взрослому необходимо дать верное направление к карточке и оказать помощь при ее выборе. Затем ребёнок должен взять карточку в руку.

Для того, чтобы проверить у «маленького партнера» наличие мотива для приобретения нужной вещи, он получает её без необходимой карточки. Приведем несколько примеров. Ребёнок приобретает леденец. А чтобы получить еще один леденец, ему необходимо протянуть руку и продемонстрировать свое желание. В этот момент включается второй взрослый партнер и оказывает свою помощь. Алгоритм действий взрослого: направляет руку ребёнка к карточке; помогает взять карточку в руку; протянуть карточку. Если же ребёнок катается на карусели, то здесь другой алгоритм действий взрослого партнёра. Катание на карусели – остановка карусели – движения телом ребёнка – взрослый направляет руку ребёнка к карточке (изображение карусели) – помогает взять карточку –

протягивает взрослому партнёру – взрослый произносит «карусели» - катание ребёнка на карусели [11].

На первом этапе обучения у детей, может пропасть инициатива к какому-либо предмету. Тогда следует не заострять на этом внимание и осуществить переход к другому предмету. Например, ребёнок не хочет сладкое, тогда можно предложить собрать пирамиду.

Самое главное, чтобы любое предложенное действие для «маленького партнёра» было мотивационным. Не забывайте выявлять как можно больше интересов у ребёнка для отбора репертуара предметов, действий и т.д. Процесс обучения должен быть насыщенным и интенсивным. Тренировка действия может достигать до сорока раз в день.

### **PECS – ВТОРОЙ ЭТАП**

На втором этапе PECS обучения главной целью является обобщение и закрепление полученного навыка на предыдущем этапе. Данный навык заключается в подачи взрослому партнёру карточку желаемого предмета или действия. Но перейти к реализации данной программы обучения можно после того, как ребёнок самостоятельно, без чьей либо подсказки умеет подавать карточки в количестве от десяти до двадцати четырёх. Здесь также ограничен выбор у ребёнка.

В ходе закрепления необходимого навыка от «маленького партнёра» необходимо добиться более сложной реакции. Наблюдается следующий алгоритм действий: взять карточку; встать из-за стола; подойти к взрослому; отдать карточку в руки. В тех ситуациях, когда ребёнок оказывается в пространстве, а не за столом, то действия увеличиваются. И для того, чтобы заполучить необходимый ему предмет или вещь, ребенок должен подойти к столу, взять нужную карточку и вместе с ней подойти к взрослому.

К важному моменту второго этапа обучения относится исключение подсказок. Необходимо помнить, что взрослый больше не протягивал руку, которая напоминала ребенку о действии или движении с карточкой (взять, положить, отдать).

Итак, на втором этапе осуществляется закрепление желаемой реакции. Например, это можно проследить в алгоритме следующих действий: подойти к доске; взять карточку; подойти к взрослому; заинтересовать взрослого (прикосновение); протянуть карточку; получить нужную вещь (добиться определенного действия) [11].

Таким образом, необходимо систематически осуществлять данную деятельность и каждый раз усложнять действия: переход из одного пространства в другое; обращение с просьбой к разным партнёрам; сопровождать желание взглядом.

Иногда, вместо доски, используется папка для карточек.

### PECS – ТРЕТИЙ ЭТАП

Процесс обучения на третьем этапе заключается в умении различать карточки. Но к данному этапу переходят после закрепления первичных навыков общения.

Основная цель направлена на выработку умения находить подходящую карточку желаемой вещи из всех карточек, которые представлены на столе, доске и т.д.

Самая важная ступенька данного этапа это выбор между двух карточек. Перед ребёнком находятся карточки желаемого предмета и карточки не нужного ему предмета. На период обучения необходимо выработать у ребёнка внимательность. Для этого нужно перемещать карточки с места на место, то слева, то справа. После закрепления навыка в различении карточек и выборе соответствующего предмета следует усилить сложность заданий. Для этого можно увеличить количество дополнительных карточек и осуществлять обучение уже на основе выбора из пяти, шести предметов [11].

### PECS – ЧЕТВЕРТЫЙ ЭТАП

На четвёртом этапе обучения осуществляется усложнение действия. Данный процесс достигается развитием умения складывать несколько карточек в целое предложение. Ребята учатся присоединять в необходимом порядке несколько карточек со скотчем, и подавать полученную полоску. В результате данного обучения ребёнок должен научиться следующему алгоритму действий: открывает книгу; находит символ «я хочу»; наклеивает на полоску; находит изображение предмета; наклеивает на полоску; отрывает полоску от книги; подходит к партнёру; подает полоску.

Обращение с просьбой о необходимом предмете осуществляется с помощью фразы, которая включает в себе несколько слов.

Таким образом, в конце данного этапа обучения ребёнку необходимо освоить в употреблении более двадцати разных карточек и развить умение обращаться с разными просьбами к партнёрам [11].

Процесс данного этапа включает в себя метод обучения цепочки поведения. Он носит название «От конца к началу». Данная цепочка поведения делится на ряд определенных действий:

- подойти к месту (стол, книга, доска);
- выбрать символ «я хочу»»
- прикрепить символ на полоску;
- осуществить выбор карточки;
- взять полоску;
- отдать полоску партнёру.

Довести всю цепочку действий до автоматизма и самостоятельного выполнения нужных реакций.

Символ «Я хочу» - в оригинальной версии программы PECS является рисунком, на котором изображена протянутая рука к кубу.

**1. Просить помощь.** Обучение умению просить о помощи посредством карточек осуществляется в заранее продуманной ситуации, где ребёнок встре-

тяться с трудностями. Например, ребёнок хочет открыть пакет с печеньями, но у него не получается. Или сталкивается со сложностью застегнуть замок перед выходом на прогулку. Специально для этих моментов надо подготовить специальный символ, с помощью которого ребёнок будет обращаться с просьбой, оказать ему помощь. Для этой цели может подойти карточка с надписью «Помоги мне» или просто символ. Цвет карточки должен быть однотонного оттенка. В дальнейшем важно сформировать сложную ситуацию, где ребёнок просто не справляется с ней и проявляет тревогу, беспокойство. В такой момент необходимо правильно выстроить направление руки ребенка в отношении нужной карточки, затем оказать помощь, чтобы он ее протянул партнёру. После данного этапа обучения произнести фразу «Тебе нужна помощь» и оказать её. Такой навык необходимо довести до автоматизма и отработать в самых многочисленных ситуациях. И добиться того момента, когда ребёнок сам будет просить о помощи в любых обстоятельствах [11].

**2. Отвечать на вопросы «Да» и «Нет».** В самом начале реализации данного этапа необходимо сформировать у ребёнка способность отвечать «да» или «нет». Умение использовать такие союзы позволяют детям данной категории легко справиться с вопросом, получить необходимую вещь или добиться определенного действия, желания. Так на вопрос «Ты хочешь конфету?», ребенок протягивает карточку «да» и получает эту вещь. Такие же действия осуществляются и в отношении предметов, которые он любит. Также и о предметах, которые он не любит. «Ты хочешь печенье?» и ребенок протягивает карточку «да» и получает желаемое или отказывается от него, если демонстрирует карточку «нет». На втором этапе ребенок отвечает «Да» или «Нет», как подтверждение, или отрицание. Например, ребенку показывают яблоко, и спрашивают: «Это яблоко?». Если ребенок протягивает карточку «Да», то получит словесное поощрение «Молодец, правильно!». Если протягивает карточку «Нет», то словесного поощрения не получает.

**3. Просить перемену.** Дальнейшее действие ребёнка заключается в овладении навыком обратиться с просьбой и выйти из стола. Это происходит в ситуациях, когда ребёнку становится тяжело продолжать занятие. Ребенок должен научиться просить встать из-за стола, когда ему сложно продолжить занятие. Поэтому необходимо подготовить символ, который будет обозначать данное понятие (изображение самого ребенка, который встает из-за стола). Иногда используют и карточку со словом «Перемена». Автоматизация данных навыков осуществляется в процессе занятий. Также ребёнку можно предложить выполнить задание и в дальнейшем похвалить, но указаний не предлагать.

Через короткое время ребенок будет способен на совершение следующего действия - «встать из-за стола». В этот момент важно ему протянуть карточку «Перемена» и дать возможность отдохнуть.

#### **4. Реагирование на инструкции.**

Для реализации данного действия важно осуществить подготовку отдельных символов. Это карточки с надписью «Подожди» или изображение, на котором сидит ребёнок [11].



Выполнять тренировку данных навыков можно через показ ребенку любимого предмета. Затем дать ему в руки символ «Подожди», далее положить предмет перед ребенком, но заблокировать реакцию ребенка, когда он пытается взять предмет. Некоторое время подождать и обратиться с просьбой, отдать символ «Подожди». В дальнейшем разрешить ему взять предмет. В дальнейшем стремиться к расширению времени, пока ребенок ждет получения предмета.

### **PECS – РАСШИРЕНИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЙ**

На следующем этапе – расширение предложений, необходимо обучить ребенка умению пользоваться дополнительными словами. Чаще всего к ним относятся имена прилагательные. Затем переходят к построению фраз, которые включают в себя несколько символов (слов). Начинать можно с двух слов. Действия ребенка осуществляются в следующей последовательности:

- открывает книгу (коммуникативную);
- осуществляет отбор символа «я хочу», символ прилагательного «синий», изображение предмета (кубик);
- выкладывает символы в правильной последовательности на полоске;
- берёт полоску в руки;
- отдаёт партнёру.

В результате алгоритма данных действий у ребенка необходимо сформировать умение выражать свою просьбу в отношении вещей или действий. Те предметы, которые ребенок хочет заполучить не всегда должны находиться в поле его зрения, так же они могут отсутствовать. Процесс обучения данному навыку требует большого терпения со стороны педагога. Перед тем как приступить к данному этапу необходимо подготовить информацию о характеристиках любимых вещей ребенка. Так если ребенок отдаёт предпочтение только сладостям синего цвета, а другая цветовая гамма его не интересует, то можно осуществлять работу над прилагательным «синий». В том случае если ребенка не привлекают цвета, то следует рассмотреть и такие характеристика как формы, части тела, размеры [11].

В рамках данного процесса обучения эффективно используют метод «От конца к началу» (Backward Chaining). Этот метод заключается в том, чтобы ребенок научился без чьей либо помощи прикрепить последнюю карточку, затем ту, которая была перед ней. А в дальнейшем уже всю цепочку действий самостоятельно. Чтобы убедиться, что ребенок действительно справляется с выполнением предложенных заданий, ему можно предоставить возможность самому взять предмет, который ему нужен, согласно этапу номер три.

### **PECS – ПЯТЫЙ ЭТАП**

На пятом этапе основной целью является обучить ребенка реагировать на вопрос «Что ты хочешь?». То есть, только на пятом этапе, после того, как инициатива ребенка закрепилась, можно обучить ребенка реагировать на вопрос «Почему только сейчас?». Для того, чтобы научить ребенка прислушиваться к собственным желаниям, а не только реагировать и быть ведомым окружающими-

ми. Многие дети с аутизмом затрудняются именно в проявлении инициативы и обращении к окружающим, и если изначально приучить ребенка только реагировать на вопрос «Что ты хочешь?» - это может существенно подавить инициативу, а следовательно, и дальнейшее развитие социальных навыков и общения.

Обучение на пятом этапе происходит следующим образом [11]:

1. Учитель, держа в руках предмет, который ребенок хочет получить, обращается к ребенку с вопросом и одновременно указывает пальцем на карточку в коммуникативной книге ребенка – на символ «Я хочу». Ребенок с легкостью берет этот символ и прикрепляет его на полоску, потом добавляет карточку желаемого предмета, и протянув полоску учителю, таким образом просит предмет.

2. После того, как ребенок научился это делать без подсказки, учитель переходит на следующий этап – задает вопрос «Что ты хочешь?» и только через 1-2 секунды указывает на карточку. Ребенок берет этот символ и прикрепляет его на полоску, потом добавляет карточку желаемого предмета, и протянув полоску учителю, таким образом просит предмет. В процессе обучения, учитель постоянно расширяет промежуток времени между вопросом и указательным жестом на карточку. Таким образом, ребенок учится реагировать именно на словесный стимул, а не на визуальный.

3. В процессе обучения очень важно поддерживать спонтанные реакции ребенка, и постоянно создавать ситуации, в которых ребенок проявляет инициативу и просит предметы или действия без того, чтобы его об этом спросили.

### **PECS – ШЕСТОЙ ЭТАП**

Положительная реализация шестого этапа зависит от того, насколько хорошо ребёнок справлялся на предыдущих этапах. Цель шестого этапа заключается в обучении ребёнка умению комментировать события в окружающем мире и привлекать к себе внимание. Например, когда дети показывают на небо и кричат, что там самолёт, цель их действий заключается не в получении этого предмета в свои руки, а привлечь внимание матери. Проявление такого поведения подкрепляется реакцией мамы (поощрение), которая выражает это голосом («Ух ты!»). Детей с аутизмом меньше всего интересуют социальные поощрения. Мотивацию у ребёнка создают только предметы, действия.

Исходя из данного факта, процесс обучения комментированию осуществляется с формирования реакции «Что ты видишь?». Затем ребёнку необходимо научиться дифференцировать такие вопросы как «Что ты видишь» и «Что ты хочешь?». В данном виде деятельности возможны разные варианты стратегий. Но главная цель – добиться того, чтобы ребёнок мог спонтанно комментировать и не ждать со стороны партнёра вопросов [11].

Специфика комментирования заключается в следующем:

1. Появление комментирования зависит от интересных, увлекательных событий в окружающем мире, а просьба от желания или стремления получить предмет или доступ к действию. Другими словами, описанные реакции характеризуются разными предшествующими факторами.

2. Комментирование и просьба выполняют разные функции. Первая реакция направлена на внимание и получение поощрения, а вторая – получение доступа к желаемому (предмет или действие).

Таким образом, в период обучения необходимо:

1. Оказывать поощрение при каждом коммуникативном акте.

Просьба – предоставить предмет или обеспечить действием. Комментарии – социальное поощрение (улыбка, мимика, похвала).

2. Развивать комментирование от тридцати раз в день и тренировать его в разнообразных ситуациях.

На предварительном этапе необходимо отобрать все необходимые вещи (предметы), необычные ситуации (мама вместо своей обуви, наденет бабушкины), сюрпризы (игрушки). Важно сделать данный процесс обучения разнообразным и насыщенным. Введение нового предмета в ситуацию начинается с его демонстрации ребёнку. Например, нажать кнопку, и выпрыгнет лисёнок, затем задать вопрос «Что ты видишь?». Ребёнок должен взять карточку с символом «Я вижу» и карточку с изображением «лисёнка», прикрепить их на полосу в определенной последовательности и протянуть ее партнёру. С целью оказания помощи в выборе правильной карточки можно применять подсказки. Ребёнок протягивает вам полосу, а в ответ слышит похвалу без каких либо поощрений [11].

Дальнейший процесс обучения заключается в формировании у ребёнка умения различать карточки «Я хочу» и «Я вижу». Для реализации поставленной цели можно положить на книгу пару карточек и дополнительные карточки мотивационных предметов. На данном этапе ребёнок должен уметь правильно составить предложение и отвечать на вопросы «Что ты хочешь?» и «Что ты видишь?».

Дальнейшая деятельность по обучению комментированию заключается в том, чтобы ребёнок мог использовать ее спонтанно и не давать реакцию на вопросы. Важно поддерживать спонтанные просьбы предметов или действий.

PECS методика направлена на формирование базовых навыков коммуникации, снижает нежелательное поведение ребенка, развивает межличностное общение. Позволяет справиться с трудностями, которые возникают на этапе формирования эмоциональных контактов не только с людьми, но и с окружающим миром.

### **Задания для самоконтроля**

1. Охарактеризуйте методику прикладного поведенческого анализа и холдинг-терапии.

2. Какие разделы и этапы, которая включает в себя комплексная клинико-психолого-педагогическая коррекция раннего детского аутизма.

3. Раскройте особенности всех этапов PECS методики коррекционно-развивающего процесса для детей с аутизмом.

## Тестовые задания

### Задание № 1.

Инструкция: выберите один вариант ответа

Сколько стадий в процедуре холдинга автор метода М. Welch выделяет:

- а) две;
- б) три;
- в) четыре;
- г) пять.

### Задание № 2.

Инструкция: выберите несколько вариантов ответа

Комплексная клинико-психолого-педагогическая коррекция РДА включает следующие разделы:

- а) психологическая коррекция;
- б) педагогическая коррекция;
- в) медикаментозная коррекция;
- г) работа с семьей

### Задание № 3.

Инструкция: выберите один вариант ответа

Система по обучению навыкам коммуникации с помощью обмена карточками называется.....

- а) Конфронтация;
- б) PECS методика;
- в) TEACCH-программа;
- г) Комментирование.

### Задание № 4.

Инструкция: выберите один вариант ответа

К основным условиям проведения методики PECS относят:

- а) не нужно предвидеть желания ребенка;
- б) учить возвращать предметы;
- в) использовать разнообразные ситуации для проявления инициативы у детей (создать паузу во время деятельности, убрать элемент игры, расположить предметы вне зоны доступа, но в зоне видимости);
- г) все перечисленные.

### Использованная и рекомендуемая литература

1. Астапов, В.М. Коррекционная педагогика с основами нейро- и патопсихологии [Электронный ресурс] / В.М. Астапов. – М.: ПЕР СЭ, 2006. – 176 с. – Режим доступа: URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=233327>

2. Баенская, Е.Р. Психологическая помощь при ранних нарушениях эмоционального развития / Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М.: Полиграф сервис, 2014. – 156 с.
3. Иванов, Е.С. Детский аутизм: диагностика и коррекция / Е.С. Иванов, Л.Н. Демьянчук, Р.В. Демьянчук. – СПб.: «Дидактика плюс», 2014. – 80 с.
4. Карасева, Е.Г. Инклюзивное обучение и воспитание детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья [Электронный ресурс] / Е.Г. Карасева. – М.: Русское слово, 2018. – 65 с. – Режим доступа: URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=486293>
5. Лайшева, О.А. Ранний детский аутизм: пути реабилитации [Электронный ресурс] / О.А. Лайшева, В.Е. Житловский, А.В. Корочкин, М.В. Лобачева. – М.: Спорт, 2017. – 109 с. – Режим доступа: URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=471234>
6. Морозова, С.С. Аутизм: коррекционная работа при тяжелых и осложненных формах / С.С. Морозова. – М.: Владос, 2014. – 176 с.
7. Рудик, О.С. Коррекционная работа с аутичным ребенком / О.С. Рудик. – М.: Владос, 2015. – 189 с.
8. Рудик, О.С. Как помочь аутичному ребенку [Электронный ресурс] / О.С. Рудик. – М.: Владос, 2014. – 208 с. – Режим доступа: URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=429796>
9. Староверова, М.С. Психолого-педагогическое сопровождение детей с расстройствами эмоционально-волевой сферы: практические материалы для психологов и родителей [Электронный ресурс] / М.С. Староверова, О.И. Кузнецова. – М.: Владос, 2013. – 144 с. – Режим доступа: URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=234877>
10. Фалевич, Е.Ю. Педагогическая работа с детьми с особенностями психофизического развития [Электронный ресурс] / Е.Ю. Фалевич, Т.С. Капелевич. – Минск: РИПО, 2015. – 64 с. – Режим доступа: URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=485921>
11. Фрост, Л. Система альтернативной коммуникации с помощью карточек (PECS): руководство для педагогов / Л. Фрост, Э. Бонди. – М.: Теревинф, 2011. – 416 с.

## **ТЕМА 5. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РАБОТА С РОДИТЕЛЯМИ, ВОСПИТЫВАЮЩИМИ РЕБЕНКА С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ**

### **План**

1. Содержание психолого-педагогической работы с родителями детей с аутизмом.
2. Методы и формы взаимодействия с родителями аутичного ребенка.
3. Этапы психологического консультирования родителей, воспитывающих детей с ранним детским аутизмом.

### **1. Содержание психолого-педагогической работы с родителями детей с аутизмом**

Осуществление психолого-педагогической работы с родителями детей данной категории имеет свои особенности и направлено на уменьшение эмоционального барьера, развитие позитивной оценки собственных способностей родителей в возможностях своих детей. Также оказание помощи семьям заключается в развитии соответствующего отношения к заболеванию ребёнка, поддержке нормальных (адекватных) взаимоотношений между детьми и родителями, укреплению семейного воспитания [6].

Основой и первоисточником социализации ребёнка с аутизмом является его семья. Дом для такой категории детей представлен сильным психическим фактором, который влияет на ребёнка и придаёт свой вектор дальнейшего существования.

Согласно исследованиям психологов, клиницистов, появление ребёнка с данной патологией представляет собой серьёзное и сложное испытание для всего семейства. Процедура воспитания и уход за детьми с аутизмом погружает семью в депрессивное состояние, которое может привести к различным заболеваниям. К основным причинам стресса в семье можно отнести тяжесть дефекта, заранее сформированная оценка общества. Душевные переживания родителей из-за трудностей связанных с развитием и воспитанием ребёнка с аутизмом, меняются только спустя длительное время.

В работе с родителями выделяют несколько важных этапов, которые позволяют в дальнейшем достичь хороших результатов при воспитании ребёнка с аутизмом. В зависимости от тяжести нарушения ребёнка, от характера защитных процессов родителей и от особенностей взаимоотношений в семье, длительность каждого из этапов не ограничена [9].

Для первого этапа характерна полная растерянность родителей, которая может порождать страх. На внутренне состояние и поведение родителей влияют многие важные особенности:

- чувство собственной неполноценности;
- ощущение беспомощности и растерянности;
- ответственность за дальнейшую жизнь ребёнка;
- отсутствие знаний об аутизме.

Все эти чувства, которые испытывают родители, могут серьёзно повлиять на их образ жизни, нервную систему и организм в целом (нарушение сна, болезни), внести перемены в отношения в семье и с окружающими.

По времени данный этап непродолжительный. Порой родители детей с аутизмом винят себя за происходящее. Рассматривая себя как ответственных за произошедшее, живут с постоянным чувством вины, обостряют своё положение, отрицают реальность проблем ребёнка.

В свою очередь О.С. Никольская выделяет, что «матери аутичных детей в силу поведенческих нарушений детей (отсутствие визуального контакта, мутизм и пр.) часто оценивают себя как «плохих» матерей». Данный факт можно констатировать механизмом проецирования и приписывания себе плохих качеств «это я плохая мать и поэтому ребенок не смотрит на меня, не улыбается мне» [10].

На втором этапе у родителей наблюдается фаза отрицания и негативизма. Данный период является важным аспектом поведения семьи. Отрицание родителей нацелено на сохранение стабильного уровня семьи в сложившейся ситуации. Таким образом, нестандартным способом устранения эмоциональной подавленности, тревожности может быть отрицание.

Крайней формой негативизма является отказ от обследования ребенка другими специалистами, нежелание проводить коррекционные мероприятия. Многие семьи выражают своё подозрение к врачам, педагогам, дефектологам, какими бы квалифицированными они не являлись. Некоторые родители обращаются в разные медицинские центры с целью устранения диагноза. Данный этап развивает у родителей так называемый синдром «хождения по кругу врачей». Для того, чтобы достигнуть поставленной задачи уходят силы, средства, время, что приносит в дальнейшем лишь еще большее разочарование. Проявление негативизма и отрицания – явление временное. После того, как семья принимает диагноз своего ребёнка, она впадает в отчаяние, испытывает душевную боль [10].

Третий этап связан с осознанием всей проблемы и состоянием подавленности. Характерные особенности негативных событий в семье:

- прерывание контактов с окружающими;
- подавленное состояние матери;
- ослабление внутрисемейных связей.

Иногда в этот период из семьи уходит мужчина. Это связано с рядом факторов: с глубиной и выраженностью эмоционального состояния каждого родителя в семье; субъективной оценкой этих проблем самими родителями; проблемами ребенка.

Четвёртый этап взаимодействия с родителями связан с самостоятельным повторным обращением родителей за помощью к специалисту, особенно к тому, кто первым выявил данное нарушение. Он носит название «реконвалесценцией». Для данного этапа характерны свои отличительные особенности: выход семьи из глубокого эмоционального кризиса, начало социально-психологической адаптации семьи. В данный период семья уже может дать

оценку сложившейся ситуации и руководствуется непосредственно интересами своего аутичного ребенка. В дальнейшем она устанавливает нормальные эмоциональные контакты с разными специалистами и выполняет их рекомендации.

## **2. Методы и формы взаимодействия педагогов с родителями аутичного ребенка**

В.В. Лешин, выявил, что основными условиями, деформирующими воспитание больного ребенка, являются:

- отсутствие гибкости в формировании отношений родителей с детьми;
- отсутствие поиска оптимального варианта отношений;
- приверженность традиционным формам отношений в своем понимании (например, у нас так было);
- отсутствие знаний психологии больного ребенка [5].

Анализ причин затруднений показал, что воспитание осуществляется: без представления целей воспитания, без оценки возможностей ребенка и своих собственных, без соответствующего опыта в воспитании больных детей. В соответствии с этим понятно, что процесс реализации психологической поддержки родителей длителен и требует обязательного комплексного подхода, что предусматривает участия всех специалистов, сопровождающих ребенка: учителя, педагога-дефектолога, социального педагога, педагога психолога. Однако главная роль в этом процессе, безусловно, принадлежит психологу. Психолог разрабатывает конкретные мероприятия, направленные на психологическую поддержку родителей, в зависимости от имеющихся проблем семейного воспитания больного ребенка и внутрисемейного взаимодействия. К числу такого рода поддерживающих мероприятий можно отнести рекомендации о вступлении родителей детей-инвалидов в клубы, ассоциации или другие родительские организации. Эффективность поддержки определяется активным включением родителей в процесс реабилитации ребенка, особенно отцов. Как показывает опыт, отцы более способны конструктивно разрешать проблемы ребенка с аутизмом, чем матери, и их активное привлечение к проблемам ребенка оказывает благотворное влияние не только на процесс воспитания ребенка, но и на психологический климат в семье в целом [11].

Важным психотехническим приемом психологической поддержки являются родительские семинары. Основной задачей родительских семинаров является расширение знаний родителей о психологических особенностях их ребенка, психологии воспитания и психологии семейных отношений. На семинарах родители вовлекаются в обсуждение своих проблем, обмениваются опытом, совместно вырабатывают пути разрешения существующих конфликтов. Участие самого психолога в процессе семинара должно быть достаточно активным, так как он выступает в роли специалиста. Однако в процессе семинаров ему не следует давать оценочные суждения, интерпретации, порицания или советы. Активность психолога должна проявляться в убедительных и аргументированных изложениях некоторых психологических вопросов. Его основной задачей явля-



ется организация и ведение таких семинаров. Как специфический способ психологической поддержки родительский семинар строится на использовании нескольких специальных приемов. Прежде всего, речь идет о лекционных приемах, позволяющих психологу сообщить родителям необходимую им психологическую информацию. Перед психологом стоит задача специального подбора тем применительно к интересам и системе переживаний участников семинара.

Среди актуальных тем для родителей с аутичными детьми можно выделить следующие: «Особенности психического развития детей с аутизмом», «Особенности семейного воспитания детей с аутизмом», «Психологический климат в семьях и роль каждого члена семьи в работе с ребенком», «Проблемы интеграции аутичных детей в обществе». Можно предложить также темы психолого-педагогической, юридической, медицинской направленности и в этом случае привлекать соответствующих специалистов для их освещения. Главное, чтобы темы лекций излагались просто, живо, убедительно. На родительских семинарах недопустимо оперировать научной терминологией [3].

Групповая дискуссия является наиболее целесообразной формой проведения родительских семинаров. Цель дискуссии – совместная выработка оптимального подхода к той или иной жизненной ситуации, повышение мотивации родителей и их вовлеченности в решение обсуждаемых проблем. Выделяют две формы групповых дискуссий:

- тематическая дискуссия, когда происходит обмен мнениями по темам лекций;
- дискуссия по типу анализа конкретных ситуаций, темы которых предлагают сами родители.

Эта форма направлена на организацию творческого подхода родителей к воспитанию больного ребенка. Психолог предлагает родителям обсудить случай, который наверняка знаком многим из них. Например, ситуацию, связанную с поведенческими проблемами в общественном месте: «ребенок раскачивается в вагоне метро, на него все смотрят» или «на детской площадке ребенок-аутист отнимает у других детей игрушки». Родители в совместном обсуждении ищут наиболее оптимальные способы реагирования в подобной ситуации. Частота и длительность таких семинаров зависят от возможностей родителей, степени их мотивированности.

Опыт нашей работы показывает, что родительские семинары целесообразно проводить не чаще одного раза в месяц. Желательно, чтобы дети во время семинаров находились под присмотром педагогов или социальных работников. В ходе родительских семинаров необходимо уделять особое внимание не только когнитивным и поведенческим аспектам семейного воспитания, но и эмоциональным аспектам семейного взаимодействия. Знания об эмоциональных основах воспитания ребенка способствуют повышению жизненного тонуса родителей, повышают их уверенность в своих родительских возможностях ухода за ребенком и его воспитания и, главное, усиливают способность родителей к пониманию сложного эмоционального мира аутичного ребенка. Работа специалистов сопровождения с родителями осуществляется не только в форме органи-

зации их взаимодействия с родителями со сходными проблемами, но и в процессе индивидуальных консультаций [8].

Можно сформулировать две группы задач, которые должны решаться всеми специалистами при консультировании детей с проблемами в развитии. Первая группа задач – создание психологических условий для адекватного восприятия родителями информации, связанной с проблемами в развитии их ребенка, создание у них готовности к длительной работе по развитию, коррекции и воспитанию. Ко второй группе задач относятся вопросы, связанные с освобождением родителей от чувства вины, преодоления стрессового состояния семьи (в первую очередь угнетенного, часто депрессивного состояния матери), созданием и поддержанием по возможности нормального климата в семье (хотя бы непосредственно во время консультирования). Решение этих задач напрямую связано с определением психодинамического этапа, на котором находится семья в момент прихода на консультацию.

Работа с родителями аутичного ребенка включает несколько направлений:

**1. Изучение условий семейного воспитания детей и отношения родителей к ребёнку** (Обследование два раза в год, анкетирование родителей, беседы).

Наиболее продуктивной формой работы здесь является индивидуальное общение с родителями – индивидуальные встречи, беседы с целью установления доверительных отношений с родителями, что служит залогом продуктивных взаимоотношений в будущем. Налаживанию доверительных контактов с родителями способствуют посещения семей педагогами группы, поскольку именно в домашней атмосфере родители чувствуют себя более уверенно, защищены и расположены к общению с педагогами. Одним из главных условий налаживания таких контактов является позитивное отношение педагогов к ребёнку: видя доброе, заинтересованное отношение воспитателя к своему малышу, у родителей в свою очередь возникнет желание поделиться с педагогами своими проблемами, обратиться с просьбой.

**2. Предоставление родителям в индивидуальном порядке данных о результатах диагностики, содержание индивидуально-образовательного маршрута и динамики развития их ребёнка.**

На следующем этапе необходимо показать родителям особенности их ребёнка, убедить в том, что для успешного развития их малыша необходимо создание специальных условий. С этой целью наиболее эффективны следующие формы:

– индивидуальное консультирование родителей по итогам диагностики (входной, промежуточной, итоговой),

– совместный просмотр разных видов деятельности ребёнка (в процессе ООД, в совместной с взрослыми и свободной деятельности).

Педагоги в доступной форме знакомят родителей об особенностях их ребёнка, указывают его положительные качества, объясняют, какие ему необходимы специальные занятия, к каким специалистам нужно обратиться дополни-

тельно, как заниматься в домашних условиях. На индивидуальных консультациях также проводится совместное обсуждение хода и результатов коррекционной работы.

Знания педагога и родителей об особенностях развития и поведения ребенка должны дополнять друг друга и быть основой для выработки единой стратегии и тактики по отношению к ребенку – и в образовательном учреждении, и дома [3].

Родители аутичного ребенка всегда должны помнить, что аутичный ребенок крайне консервативен, что любое, даже маленькое изменение в режиме, в обстановке, в одежде может вызвать самоагрессию.

Очень полезно для аутичного ребенка создание семейных ритуалов – для обеспечения спокойствия и уверенности в себе. Например, следующие один за другим вечерние ритуалы: прогулка, чаепитие, совместное чтение.

С целью педагогического просвещения родителей по вопросам воспитательной и коррекционно-развивающей работы с детьми наиболее эффективной являются инновационные методы и формы работы: детско-родительские группы, родительские клубы, тренинги, круглые столы, конференции, совместные праздники, развлечения и т.д. [2].

Особый формат групповой работы – детско-родительская группа, участие в которой принимают дети вместе с родителями. Занятия в детско-родительской группе дают возможность родителям:

- получать поддержку от специалистов и других родителей;
- наблюдать поведение других родителей и других детей;
- делиться своим опытом и узнавать об опыте других родителей.
- преодоление социальной изоляции семей, воспитывающих детей с РАС.

Таким образом, расширяется спектр интересов, как ребенка, так и родителя, а значит, усиливается сотрудничество и мотивация к дальнейшей работе.

Чрезвычайно важным элементом в работе с родителями детей, имеющих РАС, является «Родительский клуб».

Цели и задачи «Родительского клуба»:

- повышение педагогической культуры родителей, пополнение арсенала их знаний в вопросах, связанных с обучением и воспитанием детей;
- содействие сплочению родительского коллектива: снижение тревожности в связи с проблемами ребёнка, получение взаимной поддержки;
- выработка коллективных решений и единых требований в коррекционной работе, интеграция усилий семьи и педагогов в деятельности по развитию ребёнка;
- обмен родительским опытом.

На клубных занятиях большое значение уделяется тематическим встречам и обучению родителей методам и приемам обучения детей. В ходе встреч, помимо получения теоретических знаний, родители тренируются использовать те или иные приёмы друг на друге, обсуждают возникающие в ходе обучения трудности, делятся опытом. Очень полезными оказываются встречи с родителями, которые уже имеют успешный опыт воспитания детей с РАС. Такого ро-

да встречи позволяют снизить тревожность родителей в связи с проблемами ребёнка, открывают новые возможности эффективного взаимодействия с ним, становятся источником вдохновения и уверенности, помогают [10].

Помимо работы с родителями ребёнка с нарушениями в развитии не менее важно организовать работу с родителями обычных детей, направленную на формирование толерантного отношения к особым детям и их семьям.

Эффективными формами работы является: оформление персональных выставок, включение номеров в исполнении детей с ОВЗ в утренники.

### **3. Этапы психологического консультирования родителей, воспитывающих детей с ранним детским аутизмом**

Выделяют следующие этапы психологического консультирования семейных проблем (И.Ю. Левченко, В.В. Ткачева).

**Первый этап.** На данном этапе происходит знакомство психолога с семьёй, установление контакта, нужного уровня доверия. В первые минуты, когда контакт ещё не налажен, у ребёнка и его родителей может наблюдаться небольшое напряжение, об этом может говорить голос, поза, выражение лица. Стоит помнить, что для родителей детей с нарушениями, это один тяжелейший этап в поисках ответов и решений, именно потому беседа должна проходить в позитивной, располагающей обстановке. Психолог должен попытаться всеми средствами создать эту обстановку, это позволит снять неловкость и приступить к беседе. К примеру, располагающее к себе приветствие может в этом помочь: «Добрый день! Как добрались? Долго ли ждали? Как приятно видеть всю семью вместе! Я вас внимательно слушаю...»).

**Второй этап.** Этот этап нужен для того, чтобы определить, какие проблемы возникают в семье, по мнению родителей ребёнка. Для психолога важно выяснить проблемы, которые волнуют членов этой семьи, но он должен только иногда задавать уточняющие вопросы, в основном говорить должны члены семьи. После этого беседа продолжается, но уже без ребёнка, с каждым родителем [4].

Психологу нужно узнать информацию о семье во время беседы, особое внимание следует заострить на составе семьи, анамнестических данных ребёнка, изучении документации (результаты различных исследований, характеристики от педагогов образовательных организаций), анализе результатов работ ребёнка.

На данном этапе у психолога должно сформироваться общее представление о конкретной семье, проблемах ребёнка и родителей. К примеру: у мальчика в действительности есть проблемы в психическом развитии, он нуждается в помощи специалистов; родители прикладывают усилия, чтобы помочь ребёнку, но двигаются в не совсем правильном направлении; между членами семьи накопилось много недопонимания и проблем, что мешает оказанию должной помощи их ребёнку; родители не могут свыкнуться с мыслью о том, что у их ребёнка дефект развития [9].

**Третий этап.** Данный этап характеризуется тем, что на беседу и обследование приглашается ребенок. Таким образом, начинается прогнозирование возможностей к обучению, диагностика личностных особенностей ребёнка, его интеллектуальные способности (на обследовании может присутствовать кто-то из его родных).

На основе первичной оценки ребёнка психологом и анализа предоставленной документации выделяется содержание заданий, предлагаемых для выполнения ребёнку. Чуть позже содержание вопросов и заданий для ребёнка может быть изменено, либо конкретизировано. При обследовании также выявляются личностные характеристики ребёнка, уровень сформированности высших психических функций, его соответствие возрасту ребёнка. Перед специалистами стоят следующие цели психолого-педагогической диагностики:

- определить характер и степень нарушений;
- выявить индивидуальные особенности интеллектуальной, коммуникативной, эмоционально-волевой и личностной сфер ребенка;
- дать оценку контакту ребенка с родителями, адекватности его поведения, характеру взаимоотношений с окружающими;
- определить уровень критичности ребенка к замечаниям психолога или близких.

В случае, когда с родителями проводится консультация со специалистом из образовательной организации, где уже учится их ребёнок, им можно ознакомить с результатами психологической диагностики ребенка, основная часть которой была проведена заранее в рамках коррекционно-диагностических мероприятий учреждения [11].

**Четвертый этап.** На данном этапе специалист определяем модель воспитания, используемую родителями, их личностные качества. Этот этап консультирования является очень важным, так как для полноценного изучения семьи необходима полная картина взаимоотношений между её членами и модель воспитания, применяемая к ребёнку. Всё это во многом зависит от личностных особенностей всех членов данной семьи. Однако, проведение диагностики всей семьи в целом может вызвать у некоторых родителей отрицательную реакцию.

Здесь важно объяснить родителям, что их участие в психологической диагностике имеет исключительно добровольческий характер, поэтому они могут от него отказаться, но тогда вряд ли удастся решить их семейные проблемы, так как это невозможно без знания их истинных причин. Специалисту необходимо доходчиво объяснить родителям, как важно изучение внутрисемейной обстановки, к которой находится ребёнок.

В это же время родным ребёнка нужно сказать о том, что всё, о чем они расскажут психологу, строго конфиденциально и никогда не будет использоваться во вред им или ребёнку. После согласия родителей, им предлагается пройти самые элементарные тесты (тест «Моя семья», методика Люшера и др.), это делается для того, чтобы они избавились от своих опасений [9].

Психологу необходимо объяснить взрослым, что отвечать на вопросы нужно моментально, не задумываясь, так как правильность всегда относитель-

на. Это поможет снять волнение родителей по поводу результатов пройденных тестов. Позже психолог предлагает методику «История жизни с проблемным ребёнком», подробно объясняя инструкцию её выполнения, эта методика выступит в роли домашнего задания. Обследование взрослых при первичном консультировании должно занять не более 40-50 минут.

**Пятый этап.** На данном этапе психологом формулируются реальные проблемы, которые есть в семье. На этом этапе продолжается процедура обследования членов семьи. Психологу необходимо обсудить с родителями ребёнка проблемы, которые он выявил при первичной беседе со всеми членами семьи и при психологическом обследовании ребёнка и каждого родителя. При этом важно доходчиво объяснить проблему, при необходимости переформулировать. Главной целью специалиста на данном этапе является концентрация всего внимания родителей на важных сторонах проблемы. Он должен направить их в сторону верного решения этой проблемы.

**Шестой этап.** На этом этапе важно определить способы и методы, подходящие для решения проблемы этой конкретной семьи. Специалисту необходимо подробно разъяснить взрослым, что они должны делать, как взаимодействовать со своим ребёнком, предупредить о том, что возможен отдалённый результат предлагаемых для решения проблемы мер. В то же время, нужно сказать им о том, что ситуация может усугубиться, если не действовать по выявленному пути.

Нужно настроить родителей на позитивный лад, на то, что их тяжёлый труд приведёт к хорошим результатам, а их ребёнок, сможет в итоге полностью или частично приспособиться к жизни, а также сможет чувствовать себя полезным и важным в обществе и семейном кругу. В том случае, если родители не согласны или сомневаются в намеченном пути и успехе в конце, можно предложить им совместное с ребёнком посещение коррекционных занятий [4].

**Седьмой этап** характеризуется подведением итогов, закреплением понимания проблем, сформулированных психологами. В конце консультирования важно снова сформулировать проблемы, существующие в данной семье, предложить способы их решения, учитывая при этом то, что для понимания формулировки проблем, названных психологом, взрослым нужно немного времени, чтобы они смогли всё обдумать и сформировать новые представления о своих проблемах.

Семья (либо один родитель) может быть приглашена на дополнительное консультирование, в случае, если родители не удовлетворены результатами (такое может быть, если, к примеру, их позиция была поставлена под сомнение).

Таким образом, важно сказать, что сопровождение ребёнка с РДА в образовательной организации – это огромный труд различных специалистов, их взаимодействие друг с другом и с родителями. Всё это может говорить о высоком уровне развития, как отдельного учреждения, так и образовательной среды в целом.

### **Задания для самоконтроля**

1. Опишите работу с родителями детей с аутизмом.
2. Охарактеризуйте методы и формы взаимодействия с родителями аутичного ребенка.
3. Раскройте этапы психологического консультирования семейных проблем.

### **Тестовые задания**

#### **Задание № 1.**

Инструкция: выберите один вариант ответа

Сколько этапов включает психологическое консультирование семейных проблем

- а) 4;
- б) 5;
- в) 6;
- г) 7.

#### **Задание № 2.**

Инструкция: выберите один вариант ответа

Что относится к инновационным методам и формам работы с родителями:

- а) детско-родительские группы;
- б) родительские клубы;
- в) групповые дискуссии;
- г) родительские семинары.

#### **Задание № 3.**

Инструкция: выберите несколько вариантов ответа

От каких факторов зависит длительность каждого этапа (фазы предполагающей разработку и реализацию собственных стратегий отношения и воспитания ребенка)

- а) от тяжести аффективной патологии у ребенка;
- б) от особенностей защитных механизмов;
- в) от личности родителей;
- г) специфики межличностных отношений в семье.

#### **Задание № 4.**

Инструкция: выберите один вариант ответа

На этом этапе (фазе) формируется так называемый синдром «хождения по кругу врачей»

- а) 1;
- б) 2;
- в) 3;
- г) заключительном.

### **Использованная и рекомендуемая литература**

1. Баенская, Е.Р. Психологическая помощь при ранних нарушениях эмоционального развития / Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М.: Полиграф сервис, 2014. – 156 с.
2. Иванов, Е.С. Детский аутизм: диагностика и коррекция / Е.С. Иванов, Л.Н. Демьянчук, Р.В. Демьянчук. – СПб.: «Дидактика плюс», 2014. – 80 с.
3. Лайшева, О.А. Ранний детский аутизм: пути реабилитации [Электронный ресурс] / О.А. Лайшева, В.Е. Житловский, А.В. Корочкин, М.В. Лобачева. – М.: Спорт, 2017. – 109 с. – Режим доступа: URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=471234>
4. Левченко, И.Ю. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: метод. пособие / И.Ю. Левченко, В.В. Ткачева. – М.: Просвещение, 2008. – 239 с.
5. Лешин, В.В. Структура нарушений родительско-детских отношений в семье с соматически больным ребенком / В.В. Лешин // Коррекционная педагогика. – 2010. – № 1 (37). – С. 32-37.
6. Мамайчук, И.И. Помощь психолога детям с аутизмом / И.И. Мамайчук. – СПб.: Речь, 2007. – 288 с.
7. Рудик, О.С. Коррекционная работа с аутичным ребенком / О.С. Рудик. – М.: Владос, 2015. – 189 с.
8. Рудик, О.С. Как помочь аутичному ребенку [Электронный ресурс] / О.С. Рудик. – М.: Владос, 2014. – 208 с. – Режим доступа: URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=429796>
9. Семаго, М.М. Организация и содержание деятельности психолога специального образования / М.М. Семаго, Н.Я. Семаго. – М.: АРКТИ, 2005. – 336 с.
10. Староверова, М.С. Психолого-педагогическое сопровождение детей с расстройствами эмоционально-волевой сферы: практические материалы для психологов и родителей [Электронный ресурс] / М.С. Староверова, О.И. Кузнецова. – М.: Владос, 2013. – 144 с. – Режим доступа: URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=234877>
11. Хаустов, А.В. Психолого-педагогическое сопровождение обучающихся с расстройствами аутистического спектра / А.В. Хаустов, П.Л. Богорад, О.В. Загуменная и др. – М.: ФРЦ ФГБОУ ВО МГППУ, 2016. – 125 с.



## ГЛОССАРИЙ

**Аграмматизм** – нарушение речи, которое проявляется в трудностях при порождении или восприятии предложений. Этот дефект состоит в неправильности употребления склонений, спряжений личных местоимений, согласования и управления, в пропуске предлогов, в неправильной расстановке слов в предложении, в пропуске слов и т.п.

**Аутизм** – погружение в мир личных переживаний с ослаблением или потерей контакта с действительностью, утратой интереса к реальности; признак психического расстройства.

**Аутоагрессия** – активность, нацеленная (осознанно или неосознанно) на причинение себе вреда в физической и психической сферах.

**Аутостимуляция** – повторяющиеся действия, осуществляемые с помощью собственного тела или окружающих предметов, нацеленные на получение сенсорных ощущений и отвлечение внимания от стрессогенного воздействия и позволяющие справиться с эмоциональным напряжением.

**Аутоэхолалия** – многократное однообразное повторение отдельных слов, звукосочетаний или предложений.

**Аффективный** – относящийся к чувствам или эмоциям при отсутствии волевого контроля.

**Вербализм** – недостаток, при котором словесное выражение у детей не соответствует конкретным представлениям и понятиям. Проявляется в употреблении слов, за которыми не скрывается никакого смысла, содержания, значение которых остается пустым. Предпосылки возникновения вербализма – это умственная отсталость, задержка психического развития, детский аутизм.

**Дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ)** – дети, состояние здоровья которых препятствует освоению образовательных программ общего образования вне специальных условий обучения и воспитания.

**Депривация** – психическое состояние, возникающее в результате длительного неудовлетворения основных психических потребностей.

**Дефицитарность** – недостаточность.

**Дизонтогенез** – нарушение индивидуального развития.

**Инертность психических процессов** – тугоподвижность психических процессов, трудность переключения с одного объекта на другой, предпочтение привычного способа выполнения задания, трудности принятия и усвоения другого способа.

**Когнитивный** – относящийся к познанию или к интеллектуальной сфере в целом.

**Лабильность** – нестойкость, неустойчивость, непостоянство, нестабильность функционирования, изменчивость, колебание тех или иных проявлений (лабильность эмоций, мыслительных процессов).

**Мутизм** – полное отсутствие целенаправленной речевой коммуникации при возможности случайного произнесения отдельных слов или даже фраз.

**Неартикулированность** – нечеткость, смазанность (речи).

**Невротический** – имеющий своей причиной невроз (т.е. вызванное внешним психотравмирующим воздействием расстройство психики).

**Невроз страха (фобический невроз) и невроз навязчивых состояний** – вид невроза, который характеризуется упорным страхом перед кем-нибудь или чем-нибудь, что может повредить жизни и здоровью ребенка, а также страх деятельности в определенных ситуациях; для уменьшения тревожности и беспокойства человек использует навязчивые мысли и действия.

**Негативизм** – сопротивление, лишённое разумных оснований.

**Оперантное обучение** – устранение нежелательных форм поведения и выработку полезных для клиента навыков поведения.

**Персеверация, персевераторные явления** – симптомы нарушения нейродинамики психических процессов, застреваемости в выполнении деятельности, в речевых высказываниях, в существовании стойких интересов и др., когда человек бесцельно воспроизводит один и тот же образец или способ выполнения деятельности, одно, и тоже речевое высказывание. Различают двигательные, речевые, интеллектуальные персеверации.

**Полевое поведение** – безотчетное поведение ребенка, определяемое объектами, случайно оказывающимися в поле его восприятия.

**PECS (The Picture Exchange Communication System)** – система по обучению навыкам коммуникации с помощью обмена карточками.

**Пресыщаемость психической деятельности** – быстрая истощаемость ребенка в деятельности, потеря интереса к ней и следующее за этим снижение продуктивности деятельности.

**Ригидность** – отсутствие реакции на стимулы или сопротивление им, например, вследствие резкого повышения тонуса анатомических структур.

**Стереотипии** – устойчивые формы однообразных действий.

**Стереотипный** – повторяющийся без изменений.

**Тактильный** – относящийся к ощущениям прикосновения и давления.

**ТЕАССН – программа** – комплексная программа содействия и помощи людям с аутизмом, направленная на развитие невербальных форм коммуникации, на формирование простых бытовых навыков.

**Феномен тождества** – стремление ребенка с аутизмом к постоянству, к сохранению неизменности окружения и среды, нетерпимость к любым переменам.

**Фобия** – выраженный заостренный страх, при котором нарушается социальная адаптация и процессы жизнедеятельности.

**Холдинг-терапия** – метод, суть которого заключается в лечении удерживанием. Используется родителями для помощи в установлении контакта между родителем и ребенком с диагнозом аутизм.

**Этиология** – причины возникновения болезни или нарушения развития.

**Эхолалия** – произвольное повторение звуков, слогов, слов чужой речи.

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>Введение</b> .....	3
<b>Тема 1. Общие представления о раннем детском аутизме (РДА)</b> .....	5
1. Понятие, причины раннего детского аутизма (РДА) .....	5
2. Классификация раннего детского аутизма (РДА) .....	8
3. Психолого-педагогическая характеристика детей с ранним детским аутизмом (РДА) .....	12
<b>Тема 2. Специфика диагностической работы в системе психолого-педагогического сопровождения детей с ранним детским аутизмом (РДА)</b> .....	20
1. Основные критерии диагностики .....	20
2. Особенности диагностической работы детей с аутизмом .....	22
3. Дифференциальная диагностика раннего детского аутизма .....	25
<b>Тема 3. Психологическая коррекция детей с разным типом аутистического дизонтогенеза</b> .....	30
1. Особенности установления эмоционального контакта с детьми I и II группы с аутизмом .....	30
2. Специфика установления эмоционального контакта с детьми III и IV группы с аутизмом .....	34
3. Коррекция агрессии и страхов у детей с разным типом аутистического дизонтогенеза .....	37
<b>Тема 4. Организация и содержание коррекционно-педагогической работы при раннем детском аутизме</b> .....	45
1. Основные подходы к организации коррекционной работы с аутичным ребенком .....	45
2. Содержание и основные направления коррекционной работы с аутичным ребенком .....	51
3. Методика PECS в обеспечении коррекционно-развивающего процесса современного образования детей с аутизмом .....	60
<b>Тема 5. Психолого-педагогическая работа с родителями, воспитывающими ребенка с ранним детским аутизмом</b> .....	70
1. Содержание психолого-педагогической работы с родителями детей с аутизмом .....	70
2. Методы и формы взаимодействия педагогов с родителями аутичного ребенка .....	72
3. Этапы психологического консультирования родителей, воспитывающих детей с ранним детским аутизмом .....	76
<b>Глоссарий</b> .....	81

Учебное издание

**Олеся Александровна Подольская,  
Ирина Васильевна Яковлева**

# **РАННИЙ ДЕТСКИЙ АУТИЗМ: ОСОБЕННОСТИ И КОРРЕКЦИЯ**

Учебное пособие

*Техническое исполнение – В. М. Гришин  
Технический редактор – О.А. Ядыкина  
Печатается в авторской редакции*

Формат 60 x 84 1/16. Гарнитура Times. Печать трафаретная.  
Печ.л. 5,3 Уч.-изд.л. 5,1  
Тираж 300 экз. Заказ 35

Отпечатано с готового оригинал-макета на участке оперативной полиграфии  
Елецкого государственного университета им. И. А. Бунина

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Елецкий государственный университет им. И. А. Бунина»  
399770, г. Елец, ул. Коммунаров, 28,1