

**Рекомендации родителям
при предположении у ребенка
расстройства аутистического спектра**

Л.Г. Бородина,
кандидат медицинских наук, врач-психиатр Государственного научного центра
психического здоровья детей и подростков Департамента здравоохранения г. Москвы,
доцент кафедры клинической и судебной психологии
факультета юридической психологии
Московского городского психолого-педагогического университета.

Москва, Россия
E-mail: bor111a@yandex.ru

Е.Н. Солдатенкова,
педагог-психолог Центра психолого-медико-социального
сопровождения детей и подростков Московского городского
психолого-педагогического университета,
аспирант факультета психологии образования
Московского городского
психолого-педагогического университета.

Москва, Россия
E-mail: ElenaSol08@mail.ru

Специалисты в области лечения и коррекции аутистических расстройств дают рекомендации родителям при предположении у их детей нарушений спектра аутизма и для ситуации, когда диагноз уже определен. Рекомендации универсальны и подходят при воспитании ребенка любой категории спек-трального расстройства. Следование данным рекомендациям позволит родителям ориентироваться в ситуации развития ребенка, оценить подходы, используемые в работе специалистов, не терять времени на получение первичной информации в вопросе оказания помощи.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, аутизм, рекомендации родителям.

Если у ребенка необычное поведение

Как только заметите необычное поведение ребенка, обратитесь к профессионалам: врачу-психиатру, педагогу-психологу, специализирующимся на вопросах аутизма у детей. По словам родителей, беспокойство у них возникает уже к 18-ти месяцам ребенка, а отклонения в поведении становятся заметными к 24-м месяцам.

Затягивание времени обращения к специалистам может повлиять на долгосрочный результат, поэтому надо пойти

Рекомендации родителям при предположении у ребенка расстройства аутистического спектра

на консультацию при наличии любого из перечисленных признаков:

— к 12-ти месяцам ребенок еще не лепечет;

— к 12-ти месяцам — не жестикулирует (не указывает рукой на предметы, не машет на прощание...);

— к 16-ти месяцам — не выговаривает слова;

— к 24-м месяцам — не произносит спонтанно фразы из двух слов (за исключением эхолалии, когда ребенок повторяет сказанное вами);

— если в любом возрасте происходит потеря части языковых или социальных навыков.

Максимально честно и подробно опишите причину своего беспокойства. Если консультация с одним специалистом вас не удовлетворила, обратитесь к другому.

Когда несколько специалистов сходятся во мнении, к ним стоит прислушаться.

Если диагноз поставлен

Для того чтобы помочь ребенку и повысить уровень его адаптивных возможностей, целесообразно работу в этом направлении тщательно планировать. Как говорится, когда выходишь на дорогу, нужно знать, куда она идет. Куда идете вы?

Сравните с правильной траекторией маршрута:

— Думайте о ребенке, а не о его диагнозе.

Аутизм не приговор, а иная форма существования: диагноз обозначает тенденции в развитии ребенка и не должен заменять его имя. Любое его поведение имеет причину, которую вы пока не можете объяснить.

— Не сравнивайте своего ребенка с другими детьми: то, что хорошо для одного ребенка с РАС, не всегда подойдет другому, а может быть и вредно. Оценивайте эмоциональный статус ребенка. При появлении в его поведении признаков эмоционального неблагополучия, при усилении дезадаптивного поведения, проконсультируйтесь со специалистом и снизьте нагрузку, минимизируйте стрессовые ситуации.

Только от вашего выбора зависит будущее вашего ребенка!

Не стоит застревать на жалости к себе и искать виноватых: та пора, когда дети с РАС считались необучаемыми, обреченными на полную несостоятельность, прошла. Нужно только работать и не терять время.

— Обратитесь в центр сопровождения, создайте команду из близких, специалистов, чтобы вы могли сменять друг друга в течение дня: ребенок с аутизмом требует многочасового внимания.

— Повышайте уровень своих знаний об особенностях развития ребенка с аутизмом, но не делайте из этого самоцель: сейчас в науке существует множество теорий происхождения аутизма. Не стоит искать ответ на вопрос почему, отвечайте на вопрос что делать дальше.

Читайте книги, посещайте родительские семинары. Помните, вы — не первые и вы — не одни.

— При выборе образовательного маршрута ребенка и методики обучения оцените все критерии: не только сформированность академических и бытовых навыков должна стать показателем успешной работы, но и эмоциональное благополучие ребенка, а также умение ребенка использовать полученные навыки, и насколько они будут нужны ребенку в жизни. «Мерой успешности вашей работы должно стать, в первую очередь, не приближение к идеалу, а преодоление существующих затруднений».

— Не забывайте и о самих себе: о своих радостях и потребностях, отдельных от потребностей ребенка. В их удовлетворении вы будете черпать силы.

— Не замыкайтесь на доме, старайтесь находить время на общение с друзьями: вокруг немало людей, которые хотели бы вас поддержать, но они не знают, как это сделать, или не решаются первыми проявить

Рекомендации родителям при предположении у ребенка расстройства аутистического спектра инициативу, боясь вас задеть. Задайте сами правильный тон общения с ними.

— Доверяйте знаниям и опыту людей, к которым обратились за помощью. Не пренебрегайте консультацией врача-психиатра: многие сложности в поведении значительно проще и быстрее снимаются за счет медикаментов, и только психиатр их может назначить.

Но самое главное: любовь, забота, чуткое внимание, терпение, упорство, последовательность и гибкость в воспитании ребенка.

В беседах с родителями детей с аутизмом известный психиатр В.Е. Каган говорил: «Ваша помощь ребенку максимальна, если отношение к нему гибко. Это значит, что вы помогаете ему тогда, когда он нуждается в вашей помощи, ваша помощь не должна подменять активности ребенка. Будет очень хорошо, если вы сможете требовать от него то, что он знает, помогать в тех делах, которые он начинает осваивать, и избегать непосильных для ребенка требований».

— Наблюдая за ребенком, посмотрите, что вызывает его позитивные проявления, или что приводит его к дискомфорту. Создайте в доме безопасную обстановку, давайте ребенку время побыть в уединении или подвигаться, поиграть в его любимые игры.

Маленькому ребенку обеспечьте максимум телесной и вестибулярной стимуляции: щекотаний, тисканья, поглаживания, подбрасываний, кружений.

— В семье старайтесь придерживаться одного стиля поведения в повторяющихся ситуациях: реакция родителей для ребенка должна стать предсказуемой и последовательной (не меняйте своих к нему требований).

— Разбейте жилое пространство на зоны, это поможет в организации поведения ребенка. Например, никогда не играйте за обеденным столом, поскольку, садясь за стол, ребенок должен настраиваться на прием пищи, а не на игру, и т.п.

— Научите ребенка следовать определенным правилам. Комментируя его действия, не только говорите «Нет. Нельзя», но и покажите и поддержите желаемое поведение, например: «Громко хлопать дверью — нельзя. Дверь нужно закрывать тихо. Вот так», «Трясти руками — нельзя, в ладоши хлопать — можно».

— Наблюдайте за тем, что ребенок может выполнить сам, постепенно приучайте его к тому, что он выполнять должен. Если у ребенка не получается сделать то, что вы попросили, покажите ему, как это выполнить, или сделайте вместе с ним (используйте совместные действия: возьмите руки ребенка в свои и, направляя его руки, выполните необходимое, а через какой-то период времени ослабляйте направляющее действие своих рук).

— Будьте терпеливы и не требуйте от ребенка всего и сразу. Обучая навыкам, ставьте конкретные цели, поощряйте социально приемлемое поведение.

— Обязательно поощряйте ребенка за малейшие достижения. Незначительными они могут казаться вам, а сколько труда вкладывает он?

— Не перегружайте ребенка: количество занятий не всегда переходит в качество усвоенных умений и навыков, а усталость может сказаться на поведении, вызвать агрессию, провокативное поведение, привести к депрессии и ухудшению соматического здоровья, например, к повышению температуры, судорожным проявлениям.

— Если позитивных сдвигов в развитии ребенка не отмечается, проконсультируйтесь со специалистом, возможно, вы ставили не те цели? Отрицательный результат — тоже результат.

— Никогда не кричите на ребенка. Крик ни в чем не убеждает, только приводит к ухудшению его состояния. Постоянные окрики и запреты могут превратиться в изнурительную войну. Если у вас возникло желание крикнуть или ударить ребенка, спросите себя: его ли это проблема? Или, может, вы кричите на мужа, на начальника? Ребенок не должен служить вам предохранительным клапаном.

— Если действия ребенка неприемлемы, например, он бьет вас, — твердо скажите «нет», подкрепив свои действия удержанием руки ребенка и выразительным жестом. Ни в коем случае не давайте сдачи! В силу своих особенностей ребенок не осмыслит ваш «воспитательный» прием, а будет поступать так же, имитируя ваше поведение.

— Если ребенок причиняет вред себе (кусает себя, бьется головой об пол, стучит по подбородку и т.п.), остановите его со словами: «Нет. Я не дам тебе причинить себе боль», создайте дома спокойную обстановку, снизьте ребенку нагрузку, проконсультируйтесь со специалистами — психологом и психиатром.

— Говорите с ребенком медленно простыми и короткими фразами, подкрепляя свои слова указательным жестом или со-проводящими действиями. Так ребенку будет проще понять вас.

— Когда ребенок играет, комментируйте его занятия от первого лица («я играю»), давайте ребенку шаблоны ответов. Позднее вы получите не эхололичное «хочешь конфетку», а «я хочу конфетку».

— Если у ребенка нет речи, тем более общайтесь с ним как можно чаще, задавайте вопросы, побуждайте его ответить на них указательным жестом.

— В течение дня чередуйте директивные эпизоды общения с ребенком, когда вы что-то требуете, с не директивными периодами, когда вы просто за ним идете, комментируете его желания и действия и ничего не требуете взамен.

Целенаправленность и обдуманность ваших действий — первоочередная мера по сохранению и укреплению здоровья вашего ребенка.

Безусловно, данные задачи просто не решаются. В любом случае, дорогу осилит идущий. Главное, чтобы приобретенное ребенком помогало ему продвигаться на пути к самостоятельности и повышать качество жизни.

**АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ
«ИНСТИТУТ РАЗВИТИЯ ОБРАЗОВАНИЯ»
Кафедра педагогики и психологии**

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ
С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА
Учебно-методическое пособие**

**Ханты-Мансийск
2014**

ББК 88.8

*Рекомендовано решением Ученого совета
АУ ДПО ХМАО-Югры «Институт развития образования»
Протокол №3 от 23.10.2013г.*

Составитель:

Беткер Л.М., доцент кафедры педагогики и психологии АУ ДПО «Институт развития образования», кандидат психологических наук.

Рецензенты:

Булатова О.В., доцент кафедры педагогики и психологии ФГБОУ ВПО «Югорский государственный университет», кандидат психологических наук.

Григорян А.Б., профессор, зав. кафедрой педагогики и психологии АУ ДПО ХМАО-Югры «Институт развития образования», кандидат педагогических наук.

Психолого-педагогическое сопровождение детей с расстройством аутистического спектра: учебно-методическое пособие для учителей и специалистов образовательных организаций /сост. Л. М. Беткер. – Ханты-Мансийск, РИО ИРО, 2013.– 82 с.

ISBN 978-5-94611-195-9

В учебно-методическом пособии дается современная трактовка психолого-педагогического сопровождения ребенка с аутизмом в образовании, раскрываются особенности психического развития детей с расстройством аутистического спектра (РАС), основные подходы к организации помощи по сопровождению обучения аутичных детей в условиях введения ФГОС, представлены технологии коррекции аутизма, формы работы с родителями детей с РАС.

Пособие адресовано педагогам, осуществляющим организацию обучения аутичных детей в общеобразовательных школах, отдельных классах, группах или отдельных организациях, а также логопедам, психологам и дефектологам.

ББК 88.8

ISBN 978-5-94611-195-9

©АУ «Институт развития образования», 2014

© Беткер Л.М., 2014 4

ВВЕДЕНИЕ

В условиях модернизации системы образования РФ поднимается проблема обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в условиях общеобразовательной школы. Приоритетным направлением государственной политики в сфере образования является инклюзивное образование детей с ОВЗ. Государство предъявляет новые требования к школе, обучающей и воспитывающей детей с ОВЗ: коррекция нарушений и социальная адаптация, оказание ранней коррекционной помощи на основе специальных подходов и наиболее подходящих для этих лиц языков, методов и способов общения, что диктует создание специальных условий для включения детей с ОВЗ в общеобразовательную среду. Однако на сегодняшний день школа испытывает трудности по предоставлению качественных образовательных услуг детям с ОВЗ. Это связано с недостаточной разработанностью концептуально-методологической основы психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ. Одной из наиболее сложных проблем является сопровождение категории детей с расстройством аутистического спектра (РАС).

Обучение в условиях образовательного учреждения является для многих детей нелегким испытанием, сильным авersiveм (неприятным) стимулом, способным вызвать серьезные психологические стрессы и довести ребенка до психологических расстройств. Основными из них в начале обучения являются проблемы поведения и трудности коммуникации, мешающие организации процесса обучения и самого аутичного ребенка и его соучеников, недостаточное понимание специалистами специфики усвоения учебного материала и освоения социальных навыков при аутизме. Самым распространенным способом преодоления этих трудностей является решение о выведении ребенка с аутизмом на домашнее обучение. Необходимо подчеркнуть, однако, что это не отвечает его особым образовательным потребностям. Полное избавление от необходимости приспособляться к меняющимся обстоятельствам крайне вредно для аутичного ребенка, который и сам не направлен на активное развитие отношений с миром и не стремится выйти за рамки привычного для себя мира. Наиболее перспективной формой школьного обучения аутичного ребенка, по мнению разработчиков проекта концепции специального федерального государственного стандарта начального образования детей с аутизмом (О.С. Никольская), представляется постепенная, индивидуально дозированная и 5 специально поддерживаемая интеграция в группу или класс детей с отсутствием или меньшей выраженностью проблем коммуникации.

В воспитании и обучении аутичного ребенка главной особенностью должна стать специальная организация всей его жизни. Это потребует координации, согласованности

профессиональной деятельности всех специалистов, участвующих в воспитании ребенка и неминусемо участия семьи или тех, кто ее заменяет. В связи с этим повышается значимость, необходимость психолого-педагогического сопровождения, определения его места, роли, функции в школе.

Основными направлениями психолого-педагогического сопровождения аутичных детей в школе будут: выбор адекватного возможностям и способностям аутичного ребенка варианта образовательного маршрута; психологическая помощь семье, ее поддержка в организации общего режима, эмоционального климата жизни;

взаимодействие с учителем по специальной организации обучения в классе; непосредственные занятия с ребенком, направленные на создание условий перехода к активным контактам с людьми, формирование осмысленной картины мира.

Только такой подход позволит максимально задействовать все ресурсы ребенка и его ближайшее окружение в решении задач развития и обучения, включить аутичного ребенка в общество, обеспечить его социальную адаптацию.

В основу работы легли положения проекта концепции федерального образовательного стандарта обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (Н.Н. Малофеев, О.С. Никольская, О.И. Кукушкина, Е.Л. Гончарова), основные положения концепции специального федерального государственного стандарта начального образования детей с аутизмом (О.С. Никольская).

В первой главе раскрывается сущность процесса психолого-педагогического сопровождения, основные принципы, направления, этапы сопровождения аутичного ребенка в школе; дана психолого-педагогическая характеристика детей с расстройствами аутистического спектра, раскрыты особенности психического развития при аутизме.

Во второй главе представлены подходы к организации психолого-педагогического сопровождения образования детей с нарушениями аутистического спектра, технологии и методы коррекционной работы с детьми, формы работы с родителями. Данное пособие поможет специалистам, оказывающим помощь таким детям, организовать свою работу на высоком профессиональном уровне.

ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С РАС В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЕ

1.1. ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С РАС В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОСТРАНСТВЕ

В настоящее время в связи с необходимостью предоставления школой качественных образовательных услуг детям с ограниченными возможностями здоровья требует своего обновления процессуальная и содержательная стороны их сопровождения в общеобразовательной школе. В соответствии с пунктом 2 статьи 34 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» обучающиеся имеют право на предоставление условий для обучения с учетом особенностей их психофизического развития и состояния здоровья, в том числе получение социально-педагогической и психологической помощи, бесплатной психолого-медико-педагогической коррекции.

Актуальность проблемы определяется противоречием между необходимостью психолого-педагогического сопровождения в школе и отсутствием должных научно-обоснованных рекомендаций в этом направлении.

Остановимся на рассмотрении сущности термина «сопровождение».

Буквально сопровождать, значит «идти вместе с кем-либо в качестве спутника».

В обыденной речи это понятие означает – со-про-водить кого-либо по пути его следования, помогая не сбиться с маршрута и достигнуть своей цели наиболее эффективным (безопасным) способом[13].

В современной психологии сложилось несколько подходов к определению «сопровождения». В научном обиходе понятие «сопровождение» употребляется в нескольких контекстах: различают процесс сопровождения, метод сопровождения и служба сопровождения.

Е.И. Казакова понимает под сопровождением – помощь субъекту в принятии решения в ситуациях жизненного выбора. Это сложный процесс взаимодействия сопровождающего и сопровождаемого, результатом которого является прогресс в развитии ребенка. В данном контексте процесс выступает как совокупность последовательных действий, позволяющих субъекту определиться с принятием решения и нести ответственность за его реализацию.

Под методом сопровождения понимается способ практического осуществления 14выносливость в общении с миром, быстрое и болезненно переживаемое пресыщение даже приятными контактами со средой. Важно отметить, что для большинства таких детей характерна не только повышенная ранимость, но и тенденция надолго фиксироваться на неприятных впечатлениях, формировать жесткую отрицательную избирательность в контактах, создавать целую систему страхов, запретов, всевозможных ограничений[12].

Оба указанных фактора действуют в одном направлении, препятствуя развитию активного взаимодействия со средой и создавая предпосылки для усиления самозащиты.

Следует отметить, что аутизм развивается потому, что взаимодействие даже с близкими людьми связано с тем, что именно они требуют от ребенка наибольшей активности, а как раз это требование он выполнить не может в силу выступающего на передний план аффективно-волевого нарушения, обусловленного преимущественным недоразвитием активирующих, «энергозаряжающих» систем ствола мозга. Таким образом, в структуре дефекта при аутизме первичным дефектом выступает нарушение аффективной составляющей моторной сферы, вторичный дефект – аутизм как компенсаторный механизм, направленный на защиту от травмирующих влияний внешней среды и наконец, третичный дефект – истинно невротические наслоения, обусловленные чувством собственной неполноценности.

Разнообразие клинических проявлений аутизма создает определенные сложности в его классификации, в определении ведущего симптомокомплекса.

В отечественной и зарубежной психиатрии описываются различные формы аутистических синдромов у детей, однако до сих пор не существует единого подхода к классификации раннего детского аутизма.

Наиболее подробно разработаны клинические классификации раннего детского аутизма и аутистических синдромов у детей. Диапазон клинических различий представлен в международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ–10),

Медики выделяют следующие распространенные формы расстройств аутистического спектра: детский аутизм (F84.0), атипичный аутизм (F84.1), синдром Аспергера (F84.5), синдром Ретта (F84.2).

Детский аутизм (F84.0) характеризуется присутствием выше перечисленных трех основных нарушений: недостаток социального взаимодействия, недостаток взаимной коммуникации (вербальной и невербальной) и недоразвитие воображения, которое проявляется в ограниченном спектре поведения. Речь идет о детях с самых ранних месяцев и 15 лет жизни, отличающихся резким ослаблением либо полным отсутствием каких-либо контактов с окружающей средой, отсутствием ясных интересов и адекватных эмоциональных реакций, целенаправленной деятельности и способности к самостоятельному психическому напряжению. Почти у всех у них чистая, хорошо развитая речь, богатый словарный запас, но речь лишена прямого социального назначения, информативной роли, изобилует элементами эхолалии, персеверациями. Отдельные движения часто легки и ловки, но формул движения, двигательных навыков очень мало, из-за чего дети эти обычно беспомощны, долго не научаются одеваться, нуждаются в обслуживании. К этому следует добавить, что они часто разговаривают сами

с собой, нередко немотивированно улыбаются и смеются, производят впечатление «отрешенных», погруженных во внутренний мир.

Об атипичном аутизме (F84.1) говорят в случае общего расстройства развития, которое в отличие от раннего детского аутизма проявляется в возрасте старше трех лет или не соответствует диагностическим критериям раннего детского аутизма. У детей, страдающих данным расстройством, наблюдается полная клиническая картина раннего детского аутизма, либо имеются отклонения, типичные для раннего детского аутизма, но не охватывающие все три сферы, что является необходимым условием для постановки такого диагноза. Интеллектуальное недоразвитие как таковое в подавляющем большинстве случаев сочетается с развернутой клинической картиной раннего детского аутизма (синдрома Kanner), причем интеллектуальный дефект не является доминирующим в клинической картине.

При атипичном аутизме часто все бывает наоборот: с интеллектуальным недоразвитием сочетаются аутистические черты. Часто родителям легче бывает принять, что у их ребенка, даже если он интеллектуально неполноценен, диагностируется аутизм, чем смириться с диагнозом «умственная отсталость».

Синдром Аспергера (F84.5), описанный австрийским психиатром Г. Аспергером названо им «аутистической психопатией». По мнению Аспергера, «ядро личности» у описываемых им детей было сохранено. При синдроме Аспергера более благоприятный прогноз развития, представляет собой личностное расстройство с относительно рано закрепившимися стабильными особенностями, которые претерпевают лишь количественное изменение, в то время как ранний детский аутизм характеризуется большей вариабельностью и склонностью к качественным изменениям.

Синдром Ретта (F84.2) отличается от всех категорий РАС наличием не менее двух лет несомненно нормального развития. За нормальным развитием следует потеря целенаправленных движений руками, рост застойных явлений и различных неврологических симптомов, часто включающая эпилептические припадки. Имеет тенденцию с течением времени нивелироваться.

Для практики работы педагогов и психологов, выбора образовательного маршрута более адекватна классификация аутизма О.С. Никольской [16,17].

Автор выделяет четыре основные группы аутичных детей с совершенно разными типами поведения. Каждый из вариантов отличается от другого тяжестью и характером аутизма, степенью дезадаптации ребенка и возможностями его социализации. Выделение этих четырех групп позволяет дифференцированно подходить к организации обучения детей с РАС. В проекте концепции федерального образовательного стандарта

обучающихся с ограниченными возможностями здоровья представлена развернутая характеристика детей этих групп в сравнении с другими категориями детей с ОВЗ, поскольку дети с РАС до сих пор остаются недостаточно понимаемыми для значительного числа людей, вовлеченных в процесс образования [6].

Дети первой группы характеризуются наиболее глубокой аффективной патологией. Они будто не видят и не слышат, могут не реагировать явно даже на физический дискомфорт. Тем не менее, мало сосредотачиваясь и пользуясь в основном периферическим зрением, они редко ушибаются и хорошо вписываются в пространственное окружение, бесстрашно карабкаются, ловко перепрыгивают, балансируют. Не вслушиваясь, и, не обращая ни на что явного внимания, в своем поведении эти дети могут показывать неожиданное понимание происходящего, близкие часто говорят, что от такого ребенка трудно что-нибудь скрыть или спрятать.

Их поведение носит полевой характер. Следует отметить, что типично полевое поведение, принципиально отличается от полевого поведения ребенка «органика». В отличие от последнего аутичный ребенок не тянется ко всему, не манипулирует предметами, а просто скользит мимо всего. Отсутствие возможности активно действовать с предметами проявляется в характерном нарушении формирования координации рука-глаз. Этим детей можно мимолетно заинтересовать, но привлечь к хотя бы минимально развернутому взаимодействию крайне трудно. При активной попытке сосредоточить такого ребенка произвольно, он может сопротивляться, но как только принуждение прекращается, успокаивается. Негативизм в этих случаях не выражен активно, дети не защищаются, а просто уходят от неприятного вмешательства.

При столь выраженных нарушениях способности целенаправленного сосредоточения эти дети с огромным трудом овладевают навыками самообслуживания, также как и навыками коммуникации. Они мутичны, хотя известно, что многие из них время от времени могут повторить за другими привлечшее их слово или фразу, а иногда откликнуться и неожиданно прокомментировать происходящее. Эти слова, однако, не служат коммуникации и не закрепляются для активного использования, они остаются лишь непосредственным отражением, эхом увиденного или услышанного. При явном отсутствии активной собственной речи, их понимание обращенной речи остается под вопросом. Так, дети могут проявлять явную растерянность, непонимание простой и прямо адресованной им инструкции и, в тоже время, эпизодически демонстрировать адекватное восприятие значительно более сложной речевой информации не направленной им и воспринятой из разговора окружающих.

При овладении навыками коммуникации с помощью карточек с изображениями, словами, в некоторых случаях письменной речью с помощью клавиатуры компьютера (такие случаи неоднократно зарегистрированы), дети показывают понимание происходящего значительно более полное, чем это ожидается окружающими. Эти дети также могут показывать свои способности в решении сенсомоторных задач, в действиях с досками с вкладышами, с коробками форм, при этом они не занимаются с ними целенаправленно, а, походя, одним движением дополняют, правильно завершают конструкцию, их сообразительность проявляется и в действиях с бытовыми приборами, телефонами, домашними компьютерами. Аутизм у детей этой группы максимально глубокий, имеет наихудший прогноз развития и нуждается в постоянном уходе. В связи с этим авторы выделяют отрешенность от внешней среды как ведущий патопсихологический синдром.

Однако, даже про этих, глубоко аутичных детей нельзя сказать, что они не выделяют человека из окружающего и не имеют потребности в общении и привязанности к близким. Они разделяют своих и чужих, это видно по меняющейся пространственной дистанции и возможности тактильного контакта, любят активные игры, радуются, когда их кружат, подбрасывают.

Именно со взрослыми эти дети проявляют максимум доступной им избирательности: могут взять за руку, подвести к нужному им объекту и положить на него руку взрослого.

С этими детьми можно установить эмоциональный контакт, постепенно вовлекая их во все более развернутое взаимодействие со взрослыми, в контакты со сверстниками, выработку навыков коммуникации социально-бытовых навыков. В этой работе открываются дальнейшие возможности эмоционального, интеллектуального и социального развития ребенка.

Вторая группа включает детей, находящихся на следующей по тяжести ступени аутистического дизонтогенеза. В сравнении с первыми эти дети значительно более активны в развитии взаимоотношений с окружением. В отличие от пассивного ребенка первой группы, у них складываются свои привычные формы жизни, однако они жестко ограничены, и ребенок стремится отстоять их неизменность. Типично стремление сохранения постоянства в окружающем, в привычном порядке жизни – избирательность в еде, одежде, маршруте прогулок. Эти дети с подозрением относятся ко всему новому, могут проявлять выраженный сенсорный дискомфорт, брезгливость, бояться неожиданностей, они легко фиксируют страшное и, соответственно, могут накапливать страхи. Неопределенность, неожиданный сбой в порядке происходящего, могут дезадаптировать ребенка и спровоцировать поведенческий срыв, который может

проявиться в активном негативизме, генерализованной агрессии и самоагрессии. Ведущим патопсихологическим синдромом в данной группе детей с РДА является отвержение окружающей реальности.

В привычных же, предсказуемых условиях эти дети могут быть спокойны, довольны и более открыты к общению. В этих рамках они легче осваивают социально бытовые навыки и используют их в привычных ситуациях. В сложившемся моторном навыке такой ребенок может проявить умелость, даже искусность: прекрасный каллиграфический почерк, мастерство в рисунке

орнамента ит. п.

Сложившиеся навыки прочны, но они слишком жестко связаны с конкретными жизненными ситуациями, в которых были выработаны, и с трудом переносятся в новые условия. Характерна речь штампами, требования ребенка выражаются словами и фразами в инфинитиве, во втором или в третьем лице, складывающимися на основе эхоталии (повторения слов взрослого – накрыть, хочешь пить) или подходящих цитат из песен, мультфильмов. Речь развивается в рамках стереотипа, не направлена на прямую коммуникацию (на обращение к близкому) и тоже привязана к определенной ситуации.

У этих детей в наибольшей степени обращают на себя внимание моторные и речевые стереотипные действия (особые, нефункциональные движения, повторения слов, фраз, действий – как разрывание бумаги, перелистывание книги), которые могут усилиться в ситуациях тревожных для ребенка: угрозы появления объекта его страха или нарушения привычного порядка происходящего. Это могут быть примитивные стереотипные действия, а могут быть и достаточно сложные, как рисунок, пение, порядковый счет, или даже значительно более сложная математическая операция – важно, что это упорное воспроизведение одного и того же действия в стереотипной форме. Эти стереотипные действия ребенка важны ему для стабилизации внутренних состояний и защиты от травмирующих впечатлений извне. Надо отметить, что при успешной коррекционной работе потребность в такой аутостимуляции может терять свое значение для ребенка, соответственно стереотипные действия будут редуцироваться. В стереотипных действиях аутостимуляции могут обнаруживаться не реализуемые на практике возможности такого ребенка: уникальная память, музыкальный слух, одаренность в математических вычислениях, лингвистические способности.

В рамках упорядоченного обучения, часть таких детей может «пройти» программу не только вспомогательной, но и массовой школы, однако проблема в том, что эти знания без специальной работы обычно осваиваются ими механически, укладываются в набор стереотипных формулировок, воспроизводимых ребенком в ответ на вопрос, заданный в

привычной форме. Эти механически освоенные знания не смогут использоваться ребенком в реальной жизни. Проблемой этих детей является также фрагментарность их представлений об окружающем, ограниченность картины мира сложившимся узким жизненным стереотипом.

Ребенок этой группы крайне привязан к своим близким, введение его в детское учреждение может быть осложнено этим обстоятельством. Тем не менее, эти дети, как правило, хотят идти в школу, интересуются другими детьми и включение их в детский коллектив необходимо для развития гибкости в их поведении, возможности подражания и смягчения жестких установок сохранения постоянства в окружающем. При всех проблемах социального развития, трудностях адаптации к меняющимся условиям такой ребенок при специальной поддержке в большинстве случаев способен обучаться в условиях детского учреждения.

Дети первой и второй группы по клинической классификации относятся к наиболее типичным, классическим формам детского аутизма, описанным Л. Каннером.

Дети третьей группы способны к выстраиванию еще более активных отношений с миром, они стремятся к достижению, успеху, и их поведение можно назвать целенаправленным. В отличие от детей первой и второй групп, они имеют более сложные формы аффективной защиты, что проявляется в формировании патологических влечений, в компенсаторных фантазиях. У детей этой группы более высокий уровень развития речи. Ведущим патопсихологическим синдромом у них является замещение с целью противостояния аффективной патологии.

Проблемы в том, что для того, чтобы действовать, им требуется полная гарантия успеха, переживания риска, неопределенности они не могут вынести.

Если в норме самооценка ребенка гибко формируется в ориентировочно-исследовательской деятельности, в реальном опыте удач и неудач, то для этого ребенка значение имеет только стабильное подтверждение своей успешности.

Он мало способен к исследованию, гибкому диалогу с обстоятельствами и принимает лишь те задачи, с которыми заведомо может справиться.

Стереотипность этих детей в большей степени выражается в стремлении сохранить не постоянство окружения, а неизменность собственной программы действий, необходимость по ходу менять программу действий может спровоцировать у такого ребенка аффективный срыв. Близкие часто в связи со стремлением такого ребенка во чтобы то ни стало настоять на своем, оценивают его как потенциального лидера. Это ошибочное мнение, поскольку неумение вести диалог, договариваться, находить

компромиссы и выстраивать сотрудничество не только нарушает взаимодействие ребенка со взрослым, но и не способствует его вхождению в детскую компанию.

При огромных трудностях выстраивания живого диалога с обстоятельствами дети способны к развернутому монологу. Их речь грамматически правильная, развернутая, с хорошим запасом слов, однако может оцениваться как слишком правильная и взрослая («фонографическая»).

Можно проследить происхождение многих ее блоков, используемых без самостоятельной трансформации. При возможности сложных интеллектуальных монологов этим детям часто трудно поддержать простой разговор.

Интеллектуальное развитие таких детей часто производит блестящее впечатление. Они могут рано проявить интерес к отвлеченным знаниям и накопить энциклопедическую информацию по астрономии, ботанике, электротехнике, генеалогии, и производят впечатление «ходячих энциклопедий». Дети получают удовольствие от самого выстраивания информации в ряды, ее систематизации, однако эти интересы и умственные действия тоже стереотипны и становятся для них родом аутостимуляции.

Характерно, что при значительных достижениях в интеллектуальном и речевом развитии эти дети гораздо менее успешны в моторном развитии, неуклюжи, крайне неловки, страдают навыки самообслуживания. Эти дети более проявляют себя словесно, показывают способности к вербальному обобщению, но демонстрируют чрезвычайную наивность и прямолинейность во взаимоотношениях. Нарушается развитие социальных навыков, понимания и учета подтекста и контекста происходящего. При сохранности потребности в общении, стремлении иметь друзей, они плохо понимают другого человека.

Характерным является заострение интереса такого ребенка к опасным, неприятным, асоциальным впечатлениям. Стереотипные фантазии на темы «страшного» становятся особой формой его аутостимуляции. В этих фантазиях ребенок наслаждается полным контролем над испугавшими его рискованными впечатлениями, поэтому снова и снова воспроизводит это впечатление.

В раннем возрасте, такой ребенок может оцениваться сверходаренный, но затем обнаруживаются проблемы выстраивания гибкого взаимодействия, трудности произвольного сосредоточения, поглощенность собственными сверхценными стереотипными интересами. При всех этих трудностях, социальная адаптация таких детей, по крайней мере, внешне, значительно более успешна, чем в случаях двух предыдущих групп. Эти дети, как правило, обучаются по программе массовой школы в условиях класса или индивидуально, могут стабильно получать отличные оценки, но, понятно, что и они нуждаются в постоянном специальном сопровождении, позволяющем им получить опыт

диалогических отношений, расширить круг интересов и представление об окружающем и окружающих, сформировать навыки жизненной компетенции.

Дети четвертой группы характеризуются менее глубоким аутистическим барьером, меньшей патологией в аффективной и сенсорной сферах. Основным патопсихологическим синдромом является повышенная ранимость при взаимодействии с окружающими. Аутизм детей четвертой группы выступает уже не как защитная установка, а как лежащие на поверхности трудности общения - ранимость, тормозимость в контактах и проблемы организации диалога и произвольного взаимодействия. Эти дети тоже тревожны, для них характерно легкое возникновение сенсорного дискомфорта, они готовы испугаться при нарушении привычного хода событий, смешаться при неудаче и возникновении препятствия. Отличие их в том, что они более, чем другие, ищут помощи близких, прежде всего мамы, чрезвычайно эмоционально зависят от нее, нуждаются в ее постоянной поддержке, и ободрении. Стремясь получить одобрение и защиту близких, они становятся зависимым и от них, ведут себя чересчур правильно, боятся отступить от выработанных и зафиксированных форм одобренного поведения.

В этом проявляется их типичная для любого аутичного ребенка негибкость и стереотипность.

Ограниченность такого ребенка проявляется в том, что он стремится строить свои отношения с миром только опосредованно, через взрослого 29

Такие ошибки возникают в связи с тем, что взрослые ориентируются на достижения и способности ребенка, которые он демонстрирует в русле аутостимуляции, в той области, которой он ловок и сообразителен. Но произвольно повторить свои достижения ребенок не может, понять и принять это близким людям почти невозможно. Завышенные же требования рождают у него страх взаимодействия, разрушают существующие формы общения.

В большинстве случаев поведенческие проблемы снимаются при правильной организации жизни ребенка. Однако ребенок не застрахован от них в случае неожиданной ломки стереотипа его жизни, неадекватных требований или даже при особой усталости, астении, соматическом заболевании. Они могут проявиться как тревожность, появление более жесткой стереотипности в поведении, страхов, особых стереотипных движений.

Когда такому ребенку плохо, он может стать агрессивным по отношению к людям, вещам и даже самому себе. По большей части его агрессия не направлена ни на что специально. В литературе это описывается с помощью термина «генерализованная агрессия» – т.е. агрессия как бы против всего мира.

Крайним проявлением отчаяния оказывается самоагрессия. Известно, что мощным средством защиты, экранирования от травмирующих впечатлений является аутостимуляция. В угрожающей ситуации интенсивность аутостимуляции нарастает, она приближается к болевому порогу и может перейти через него. Взрослым необходимо распознавать праводействующие внешним усилиям защитные установки, привычки ребенка, стоящие на пути его возможного развития.

О.С. Никольская отмечает, что нельзя бороться отдельно со страхами и тревогой, запрещать ребенку раскачиваться или трясти руками, объяснять ему, что он ведет себя недопустимо – это, скорее всего, не поможет. Справиться можно только при условии понимания, что все это – маркеры общего состояния ребенка, того как он справляется с ситуацией. В этом случае необходимо проверить и физическое состояние ребенка, посоветоваться с лечащим врачом о допустимых нагрузках и оценить адекватность требований к ребенку, обеспеченность его стереотипом школьной жизни [16]. В работе по профилактике и коррекции страхов у аутичных детей И.И. Мамайчук рекомендует использовать элементы психогимнастики, арттерапии с целью снятия напряжения и выражения эмоций [12].

Таковы общие особенности, отражающие специфику нарушений психического развития при аутизме, обуславливающие необходимость оказания помощи при их обучении и воспитании.³⁰

ГЛАВА II. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ВОСПИТАНИЯ И

ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

2.1. ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Оказание помощи детям с расстройством аутистического спектра является важной для специальной педагогики и психологии. Несмотря на определенный эффект медикаментозной, диетической и др. видов терапии, практикуемых специалистами различного профиля, ведущим принципом работы с аутичными людьми остается психолого-педагогический.

Благодаря работам ленинградских (Д.Н. Исаев, В.Е. Каган и др.) и 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 закреплена решением президиума АПН СССР в 1989 г. Первые разработки системы помощи аутичным детям связаны с именем выдающегося детского психиатра, ученого и педагога Клары Самуиловны Лебединской. Под ее руководством в конце 80-х годов в рамках Ассоциации помощи аутичным детям «Добро» была начата разработка концепции и Устава Центра помощи аутичным детям [19]. Однако, несмотря на значительные успехи в научных медицинских и психологических исследованиях, а также на интересные, обнадеживающие результаты экспериментально-методические работы, государственной системы комплексной помощи детям и подросткам, страдающим ранним аутизмом, в России не создано. В тоже время активно формируется успешный опыт интеграции ребёнка с аутизмом в общую и специальную образовательную среду. Вместе с тем он до сих пор не получал массового распространения, поскольку не сформулированы были принципы и не утверждены формы специальной психолого-педагогической поддержки такой интеграции, не обеспечены гарантии оказания её каждому нуждающемуся в этом ребёнку.

В настоящее время в организаторы образования предпринимают активные попытки включить лиц с ОВЗ в общеобразовательную среду (реализуя инклюзивный принцип). Для аутичных детей с разным уровнем психофизического развития, возможны различные формы интеграции:

- полная, когда ребенок с отклонениями в развитии вливаются в обычные группы детского сада или классы; эти дети по уровню психофизического развития соответствуют возрастной норме и психологически готовы к совместному обучению со здоровыми сверстниками; коррекционную помощь они получают по месту обучения или ее оказывают родители под контролем специалистов;

- комбинированная интеграция: они по одному-два человека вливаются в массовые группы, получая систематическую коррекционную помощь;

- частичная и, особенно, временная интеграция, способствующие их ранней социализации (для большинства детей с отклонениями в развитии и для аутичных детей).

При частичной интеграции «особый» ребенок находится в общеобразовательном классе (1-2 человека) лишь часть дня.

Временная интеграция предполагает объединение детей специальных и массовых групп на различных мероприятиях не реже двух раз в месяц, независимо от тяжести нарушений[6].

Создан проект единой концепции специального государственного стандарта для детей с ограниченными возможностями здоровья, где обоснована необходимость разработки специальных образовательных стандартов для детей с нарушениями развития

аутистического спектра, отражены возможные формы школьного образования, показанные детям с аутизмом, и представлены требования к структуре основных образовательных программ[20].

Наиболее перспективной формой школьного обучения аутичного ребёнка представляется постепенная, индивидуально дозированная и специально поддержанная интеграция в группу или класс детей с отсутствием или меньшей выраженностью проблем коммуникации, возможности которых на данном этапе оцениваются как сопоставимые с его собственной способностью к обучению. Это могут быть как класс общеобразовательной школы, так и классы для детей с задержкой психического развития и умственной отсталостью.

В проекте Концепции ФГОС обучающихся с ОВЗ отмечается, что вследствие неоднородности состава группы обучающихся с аутизмом требуется дифференциация стандарта – разработка вариантов, на практике обеспечивающих: охват всех детей образованием, соответствующим их возможностям и потребностям; преодоление существующих ограничений в получении образования, вызванных тяжестью нарушения психического развития и неспособностью ребёнка к освоению цензового уровня образования, а также – ограничений в получении специальной помощи детьми с ОВЗ, включёнными в общий образовательный поток.

В проекте указывается на необходимость удовлетворения особых образовательных потребностей детей с ОВЗ как пути доступа к общему образованию. Выделяются особые по своему характеру потребности, свойственные всем обучающимся с ОВЗ:

- специальное обучение должно начинаться сразу же после выявления первичного нарушения развития;
- требуется введение в содержание обучения специальных разделов, не присутствующих в Программе, адресованной нормально развивающимся сверстникам;
- необходимо использование специальных методов, приёмов и средств обучения (в том числе специализированных компьютерных технологий), обеспечивающих реализацию «обходных путей» обучения;
- индивидуализация обучения требуется в большей степени, чем для нормально развивающегося ребёнка;
- следует обеспечить особую пространственную и временную организацию образовательной среды;
- необходимо максимальное расширение образовательного пространства – выход за пределы образовательного учреждения.

В Проекте специального стандарта начального школьного образования детей с нарушениями развития аутистического спектра (О.С. Никольская) отмечается, что главной задачей специальной психолого-педагогической помощи при аутизме является установление эмоционального контакта и вовлечение ребенка в развивающее взаимодействие.

В стандарте отмечается, что обучение и воспитание детей с аутизмом должно строиться с учетом как общих для всех детей с ОВЗ, так и свойственных им особых образовательных потребностей:

- в получении специальной помощи средствами образования сразу же после выявления первичного нарушения развития;
- в периоде индивидуальной подготовки к школьному обучению;
- в индивидуально дозированном введении в ситуацию обучения в группе детей;
- в специальной работе педагога по установлению и развитию эмоционального контакта с ребёнком, позволяющего оказать ему помощь в осмыслении происходящего;
- в создании условий обучения, обеспечивающих сенсорный и эмоциональный комфорт ребёнка, дозирующих введение в его жизнь новизны;
- в специальной отработке форм адекватного учебного поведения ребёнка, навыков коммуникации и взаимодействия с учителем;
- в особенно чёткой и упорядоченной временно-пространственной структуре образовательной среды, поддерживающей учебную деятельность ребёнка;
- в организации обучения с учётом специфики освоения навыков и усвоения информации при аутизме;
- в постоянной помощи ребёнку в осмыслении усваиваемых знаний и умений, не допускающем их механического использования для аутостимуляции;
- во введении специальных разделов обучения, способствующих формированию представлений об окружающем, отработке средств коммуникации социально-бытовых навыков;
- в индивидуализации программы обучения, в том числе для использования в социальном развитии ребёнка существующих у него избирательных способностей;
- в оценке достижений ребёнка с учётом специфики шкалы простого и сложного при аутизме;
- в психологическом сопровождении, оптимизирующем взаимодействие ребёнка с педагогами и соучениками;

– в психологическом сопровождении, отлаживающем взаимодействие семьи и образовательного учреждения;

– в индивидуально дозированном и постепенном расширении образовательного пространства ребёнка за пределы образовательного учреждения[20].

В проекте Концепции специального государственного стандарта начального образования детей с аутизмом выделяют четыре варианта стандарта для детей с ОВЗ, которые отвечают общим и особым образовательным потребностям детей с различными типами аутизма.

Первый вариант специального стандарта (цензовый уровень)

Этот вариант предполагает возможность получения ребёнком аутизмом цензового образования в среде сверстников и в обществе с ними календарные сроки. Обязательным условием освоения ими этого варианта стандарта является систематическая психолого-педагогическая поддержка.

Такая поддержка предполагает:

– индивидуальную подготовку ребёнка к обучению, направленную на формирование адекватного учебного поведения;

– индивидуально-дозированное введение в ситуацию обучения в группе детей;

– установление эмоционального контакта с ребёнком;34

– поддержание сенсорно и эмоционально комфортной обстановки в классе;

– чёткая организация среды класса, структуры урока, упорядоченность процесса обучения и жизни ребёнка в школе в целом;

– учёт специфики усвоения информации при аутизме при организации и подаче учебного материала;

– поиск и использование в социальном развитии ребёнка существующих у него избирательных способностей;

– поддержка ребёнка в осмыслении жизни в школе и оснащение его необходимыми навыками коммуникации и социального взаимодействия;

– помощь в развитии социально-бытовых навыков, навыков самообслуживания;

– помощь ребёнку в развитии самосознания, осмыслении собственного жизненного опыта и выстраивании жизненных планов;

– развитие внимания к проявлениям близких и понимания происходящего с другими людьми, их взаимоотношений;

– помощь в развитии адекватных отношений ребёнка с одноклассниками;

– помощь в индивидуально дозированном и постепенном расширении образовательного пространства ребёнка за пределы образовательного учреждения.

Во всех содержательных областях цензового образования для ребёнка с аутизмом должен быть акцентирован компонент «жизненной компетенции». Наполняемость класса, где обучается ребёнок с аутизмом, должна быть уменьшена в связи с необходимостью поддержания режима комфорта и со значительным увеличением нагрузки учителя.

Второй вариант специального стандарта (цензовый уровень)

Представляется, что часть аутичных детей с выявленной задержкой психического развития может получить цензовое образование при интеграции в специальную школу или класс для детей с ЗПР, где обучение может быть в большей степени индивидуализировано, а сроки его пролонгированы.

Возможен также вариант начального образования ребёнка с аутизмом среди детей с ДЦП, обучающихся по общей программе или по программе для детей с ЗПР. В этом случае ребёнок может быть полезен своим соученикам, и эта ситуация каждодневной заинтересованности в нём других детей может быть полезна для его социального развития.

Оба варианта интеграции могут быть плодотворными лишь при условии, что способности к обучению аутичного ребёнка и его соучеников находятся на сопоставимом уровне и при отсутствии выраженных проблем поведения и нарушений коммуникации у одноклассников.

При введении в класс ребёнка с аутизмом требуется снижение общего числа учеников, поскольку нагрузка педагога при этом значительно увеличивается. Условием успешной интеграции является удовлетворение особых образовательных потребностей аутичного ребёнка, представленных в первом варианте стандарта. Спецификой интеграции аутичного ребёнка в класс для детей с ЗПР является необходимость индивидуальной корректировки программы обучения.

В связи с особым характером задержки психического развития при аутизме градация простого и сложного у аутичного ребёнка может быть несколько иной, чем у его одноклассников, поэтому в обучении он может, как отставать, так и опережать их. Это требует индивидуальной корректировки программы обучения, позволяющей и оказывать коррекционную помощь (например, в формировании социально-бытовых навыков, навыков самообслуживания), и увеличивать интеллектуальную нагрузку, выходя за рамки программы и не занижая возможности ребёнка в областях его парциальной одарённости.

В связи с трудностями перенесения навыков из одной среды в другую обучение социально-бытовым навыкам должно распространяться и в условия дома.

Третий вариант специального стандарта (не цензовый)

Задача освоения цензового уровня образования в этом случае специально не ставится, доля «академического» компонента редуцируется за счёт расширения области развития жизненной компетенции работы по расширению повседневного жизненного опыта ребёнка. Среда, условия и методы обучения адаптируются к нуждам всей категории детей и каждого ребёнка. Этот вариант специального стандарта во многом отвечает потребностям тех аутичных детей, развитие которых может быть соотнесено с уровнем умственной отсталости.

Третий вариант специального образования детей с ОВЗ открывает для значительной части аутичных детей возможность обучаться в школе или классе для детей с умственной отсталостью. Конечно, и здесь для успешного обучения такому ребёнку требуются массивная специальная психолого-педагогическая поддержка и уменьшение наполнения класса, в который он интегрируется.

Такая поддержка должна включать все направления работы, представленные в первом варианте специального стандарта, как и меры, обеспечивающие обучение аутичного ребёнка в классе для детей с задержкой развития. Способности к обучению аутичного ребёнка и его соучеников должны находиться на сопоставимом уровне, и у одноклассников интегрируемого ребёнка не должно быть выраженных проблем поведения и

- содержательный вариативные учебные планы и образовательные программы, определяющие индивидуальный образовательный маршрут);

- деятельностный (специальные педагогические технологии);

- процессуальный (организационный аспект).

В общем виде психолого-педагогическое сопровождение аутичного школьника можно представить в последовательной реализации следующих этапов: диагностики, конструирования индивидуального образовательного маршрута, реализации и итоговой аттестации.

На первом –диагностическом этапе – проводится комплексное психолого-педагогическое обследование с целью определения индивидуальных особенностей ребенка, выявления причин, прогноза проблем обучения.

Необходимо отметить, что основной целью психологической диагностики является определение структуры дефекта: первичного, вторичного и т.д.

Согласно идеям Л.С. Выготского, первичные, или ядерные нарушения представляют собой мало обратимые изменения в параметрах работы той или иной функции, вызванные непосредственным воздействием патогенного фактора. Вторичные, или системные, нарушения имеют иную природу и свойства, представляя собой обратимые изменения

процесса развития психических функций. В подобных случаях не исключена диагностическая ошибка, при которой вторичные нарушения принимаются за первичные.

Следствием этого могут быть неверные рекомендации относительно характера и направления коррекционной работы, снижающие эффективность последней.

Так аутичные дети четвертой группы производят впечатление «туповатых».

Нередко их принимают за умственно отсталых детей, каковыми они не являются. При этом, если у детей этой группы и наблюдается некоторые задержки в умственном развитии, то они скорее носят вторичный характер, обратимы, в отличие от умственной отсталости, при которой интеллектуальный дефект – первичен и необратим.

Диагностика психического развития ребенка включает в себя:

- всестороннее клинико-психологическое изучение особенностей личностного развития ребенка с аутизмом;
- анализ системы семейных отношений, характера взаимодействия родителей и ребенка, стилей семейного воспитания, личностных особенностей родителей.

Диагностика социальной среды ребенка включает в себя анализ негативных факторов социальной среды, травмирующих ребенка, особенности его социальной адаптации в среде, специфику его отношения к окружающим.

Диагностика должна осуществляться с помощью экстенсивных и интенсивных методов исследования.

К экстенсивным методам относятся:

- направленные беседы с родителями об особенностях психического развития ребенка на разных возрастных этапах;
- анализ медицинских документов, характеристик ребенка, полученных от педагогов;
- направленное наблюдение за ребенком в процессе консультирования, диагностики и других форм психологической помощи. (Не вызывает сомнений, что психологическая диагностика детей с ранним детским аутизмом должна опираться на умение психолога наблюдать за ребенком в процессе деятельности, доступной ему.)

К интенсивным методам относятся экспериментально-психологические методы. Следует подчеркнуть, что проведение экспериментально-психологической диагностики детей с аутизмом с использованием инструментальных методов не всегда возможно, особенно для детей с тяжелой степенью аффективной патологии[12].

Педагогическая диагностика включает в себя:

- наличие базисных функциональных навыков (зрительный контакт; умение терпеливо ждать; усидчивость; выполнение инструкций (в том числе обращенных к

группе, «в пространство», включающих условие или многошаговые действия); подражание, сопоставление объектов и изображений; навыки в художественно-изобразительной деятельности;

– умения социально-бытовой адаптации: сдерживание на людях стереотипного поведения (в частности, стереотипных движений или вопросов); закрепленный навык пользования туалетом.

– речевые навыки: способность отвечать на приветствие и приветствовать самому; достаточно большой словарный запас; спонтанные просьбы; умение просить о помощи; умение отвечать на вопросы; умение рассказывать о себе; умение описывать произошедшие события.

– академические навыки (счета, чтения, письма), а также навыки игры (поиска партнеров, самостоятельного ведения игры, понимания правил, использования игровых предметов в соответствии с их функциями и др.).

В отличие от обследования обычных детей обследование аутичного ребенка следует организовать более гибко, разрешить родителям присутствовать при обследовании.

Учитывая трудности в установлении контакта, незрелость средств коммуникации, страх новой ситуации большой упор должен делаться на опосредованную организацию ребенка, когда сама структура пространства, инструмент, провоцирует его на выполнение задания. О.С. Никольская отмечает, что в случае обследования ребенка на первый план выдвигаются задания с хорошо организованным зрительным полем – невербальные задачи дополнения, соотнесения, сортировки, конструирования, в решении которых ребенок может иметь успех. Подключившись к этой деятельности, педагог может оценить способность ребенка подражать, использовать подсказку, принимать другие виды помощи, произвольно выполнять указания учителя.

Для адекватной оценки возможностей ребенка необходимо четко различать его достижения в спонтанных проявлениях, стереотипных интересах и результатах, полученных при попытке произвольной организации такого ребенка, в его действиях по просьбе учителя. Результаты могут чрезвычайно различаться. Моторно ловкий в своих спонтанных движениях, такой ребенок может испытывать чрезвычайные трудности в повторении движения по просьбе; спонтанно чисто произнеся фразу, он может продемонстрировать смазанную, аграмматичную речь при необходимости ответить на поставленный вопрос. Дело не в том, что он не хочет, он действительно не может повторить свои достижения произвольно.

Результаты, полученные в ситуации произвольной организации, отражают существующие в настоящее время возможности обучения, социальной организации

ребенка. Достижения ребенка в его спонтанной деятельности, в русле его стереотипных интересов дают нам информацию о возможных направлениях коррекционной работы.

По результатам психологического обследования, педагогической диагностики на школьном консилиуме составляется индивидуальный образовательный маршрут.

На втором этапе сопровождения аутичного ребенка в школе – проектировании образовательного маршрута – осуществляется выбор формы обучения, постановки целей и подбора методов обучения, которые подходят конкретному аутичному ребенку.

Целью создания образовательных маршрутов является:

- обеспечение формирования и реализации образовательных потребностей детей на основании выбора и оптимизации учебной, психической и физической нагрузок с учетом индивидуальных особенностей их развития;

- организация наиболее оптимальных для ребенка условий обучения с целью развития его потенциала и формирования необходимых знаний, умений и навыков;

- отражение специфических для ребенка средств овладения необходимым (программным) содержанием (Е.А. Екжанова).

Как было отмечено выше, аутичные дети нуждаются в дифференцированном подходе при определении образовательного маршрута. И диапазон выбора чрезвычайно широк: от возможности освоения ребенком массовой программы и обучения при специальной поддержке в обычной школе до необходимости формирования специальной индивидуальной программы образования (таблица 1).

Следует отметить, что выбор того или иного образовательного маршрута определяется комплексом факторов: возрастом ребенка, состоянием здоровья, уровнем готовности к освоению образовательной программы, особенностями, интересами и потребностями семьи в достижении необходимого образовательного результата, возможностями образовательного учреждения удовлетворить специальные и особые образовательные потребности детей.

При составлении индивидуального образовательного маршрута в формате совместного обучения Екжанова Е.А, Резникова Е.В. отмечают следующую структуру:

- 1) учебная нагрузка в общеразвивающей группе;
- 2) учебная нагрузка в группе компенсирующей направленности;
- 3) учебная нагрузка в системе коррекционных кабинетов;
- 4) учебная нагрузка в системе дополнительного образования.

Каждый специалист по своему направлению составляет план коррекционной работы с ребенком. Все рекомендации специалистов объединяются в единую индивидуальную комплексную коррекционно-образовательную программу, которая отражает направления

как диагностической, так и коррекционной профилактической, так и реабилитационной работы (Приложение 1). [4].

В общем виде схема конструирования индивидуального образовательного маршрута выглядит следующим образом (Дж. Рензулли):

1. Определить уровень развития ребенка.
2. Очертить долгосрочные и краткосрочные цели и путь к их достижению.
3. Определить время, которое должен затратить ребенок на усвоение того или иного материала.
4. Предусмотреть участие родителей.
5. Определить способы оценки успехов воспитанника [4].

На этапе конструирования индивидуального образовательного маршрута для аутичного ребенка важно предусмотреть следующие условия его включения:

1. Объем включения:

- частичное включение (с тьютором, воспитателем).
- полное включение (возможно только при условии подготовленности ребенка с запасом на 1 четверть). Обязательно дозированное введение, желательно на тот урок, на котором он более успешен;

2. Рекомендуемая образовательная программа:

- основная образовательная программа;
- адаптированная образовательная программа;
- индивидуальная программа реабилитации.

При определении возможности освоения аутичным ребенком основной образовательной Программы по ФГОС (первый вариант специального стандарта) устанавливаются следующие обязательные направления коррекционной помощи в сфере жизненной компетенции:

1) развитие адекватных представлений о собственных возможностях и ограничениях, о насущно необходимом жизнеобеспечении, развитие способности вступать в коммуникацию со взрослыми по вопросам медицинского сопровождения и созданию специальных условий для пребывания в школе, своих нуждах и правах в организации обучения;

2) овладение социально-бытовыми умениями, используемыми в повседневной жизни;

3) овладение навыками коммуникации;

Для таких детей очень важны учебные предметы, которые расширяют знания об окружающем мире и других людях. В начальной школе это чтение, природоведение, история, потом предметы гуманитарного и естественного цикла.

Особенно важным представляются занятия такого ребенка литературой, сначала детской, затем классической. Необходимо медленное, тщательное, эмоционально насыщенное освоение заложенных в этих книгах художественных образов людей, обстоятельств, логики их жизни, осознание их внутренней сложности, неоднозначности внутренних и внешних проявлений, отношений между людьми. Это способствует улучшению понимания себя и других, уменьшает одноплановость восприятия мира, стремления делить все на белое и черное, развивает чувство юмора. Это все важно для социализации такого ребенка, его эмоциональной стабилизации.

Физические упражнения, как известно, могут и поднять общую активность ребенка и снять его патологическое напряжение. Известно, что такой ребенок в большинстве случаев испытывает огромные трудности на всех уровнях организации моторного действия: нарушения тонуса, ритма, координации движений, распределения их в пространстве. Все эти трудности становятся особенно явными в ситуации произвольной организации ребенка. Ему необходима специальная индивидуальная программа физического развития, сочетающая приемы свободной, игровой и четко структурированной форме.

Уроки труда, рисования, пения в младшем возрасте тоже могут сделать многое для адаптации такого ребенка в школе. Прежде всего, именно на этих уроках аутичный ребенок может получить первые впечатления того, что он работает вместе со всеми, понять, что его действия имеют реальный результат. Это очень важно для него. Учитывая неловкость рук такого ребенка, мы должны подбирать для него задания так, чтобы он чувствовал в них свою состоятельность, чтобы работа не была особенно трудной, а эффект был ярким. Особой проблемой могут стать импульсивные действия такого ребенка, уничтожение им результата своей работы – внезапное стремление порвать рисунок и т.п. Заметим, что через некоторое время ребенок горько жалеет о том, что сделал. Чтобы не допустить подобного, учитель должен немедленно после окончания работы забрать рисунок или поделку, поставить ее в безопасное место – на полку, повесить на стену, но так, чтобы все могли видеть ее, радоваться вместе с ребенком его успеху.

При выборе образовательного маршрута обучения аутичного ребенка по третьему варианту специального стандарта (не цензовый уровень) задача освоения цензового уровня образования в этом случае специально не ставится, доля «академического»

компонента редуцируется за счёт расширения области развития жизненной компетенции и работы по расширению повседневного жизненного опыта ребёнка. Среда, условия и методы обучения адаптируются к нуждам всей категории детей и каждого ребёнка. Этот вариант специального стандарта во многом отвечает потребностям тех аутичных детей, развитие которых может быть соотнесено с уровнем умственной отсталости.

Для аутичных детей обучающихся по третьему варианту специального стандарта (не цензовый уровень) первоочередное значение играет формирование программы формирования жизненной компетенции. Содержанием компонента «жизненной компетенции» может быть и обучение навыкам коммуникации и бытовой адаптации, расширение знаний об окружающем мире, других людях. Чем больше аутичный ребенок усваивает таких навыков, тем больше структурно разработанной и устойчивой становится его социальная роль, а стереотипы школьного поведения более разнообразными.

Работа по улучшению бытовой адаптации должна идти в тесном взаимодействии с родителями. То, чему ребенок учится в школе, должно переноситься домой, как и его домашние достижения должны использоваться в школе. Это не происходит само собой, потому что аутичный ребенок, как мы уже отмечали, ригидно связывает навык с местом и человеком, с которым этот навык был отработан. Поэтому при возникновении трудностей для облегчения переноса возможна временная работа с навыком родителей в школе и педагога дома. Конечно, освоение навыков бытовой адаптации, самообслуживания должно идти в основном дома, но школа в этом случае не должна оставаться в стороне от этой работы. Моменты школьного дня, когда ребенок раздевается и одевается, приходя в школу и уходя из нее, передевается на физкультуру, завтракает в столовой, должны рассматриваться как ситуация обучения. В соответствии с этим они должны быть четко педагогически структурированы. Эрц Нафтульева Ю.М. указывает на необходимость при составлении индивидуального образовательного маршрута аутичного ребенка планирования пошагового формирования жизненных компетенций. Автор отмечает, что для начала желательно выделить основные области навыков или жизненных компетенций, а потом в каждой из областей – отдельные группы навыков, которым ребенка будут обучать [18].

Обучение навыкам в формате совместного обучения может сосредоточиться на следующих областях.

Пребывание в группе и приспособление к распорядку дня

Для многих детей с аутизмом обучение в группе непривычно. Многие из них были на домашнем или индивидуальном обучении, участвовали в психокоррекционной работе различных видов. Сама по себе ситуация обучения в группе, т. е. нахождение рядом с

другими детьми, сосредоточение на объяснениях учителя, обращенных ко всей группе, выполнение групповых инструкций, списывание с доски, самостоятельная организация учебного места (например, необходимость вовремя вытащить нужный учебник из портфеля) – непривычно для ребенка, который приучен к индивидуальному обучению. То же и с распорядком дня при нахождении в школьной среде: не для всех детей является обыденным делом вернуться с перемены в класс. У многих аутичных детей, испытывающих затруднения при переключениях, возникают поведенческие проблемы, когда требуется перейти от одного вида деятельности к другому.

Навыки ведения беседы

Известно, что для многих детей с аутизмом характерна эхолалия – повторение ранее услышанных слов или фраз. Данная речевая проблема часто мешает ведению беседы с ребенком: например, вместо ответа он повторяет вопрос собеседника. Своеобразное мышление, затруднения в понимании словесных связей также мешают ребенку вникнуть в суть разговора и поддерживать беседу на определенную тему. Следовательно, целью обучения может быть обучение сосредотачиваться на теме разговора, осознавать те особенности собственной речи, которые мешают ведению беседы, и обучение интравербальным (невербальным) навыкам.

Поиск информации и умение задавать вопросы

Многие дети с аутизмом затрудняются в проявлении инициативы. Для некоторых из них является привычным делом обратиться к окружающим с просьбой для получения какого-либо предмета, но спросить «Где?», «Когда?», «Зачем?», «Почему?», «Сколько?» им очень трудно. В школьной среде обучения, как и в любой социальной интеракции, умение проявлять интерес и запрашивать определенную информацию является важным навыком, без которого невозможно полноценное общение с окружающими.

Взаимодействие со сверстниками и совместные игры

Далеко не все аутичные дети умеют играть, и овладение игрой требует отдельного интенсивного обучения. Но и те, которые умеют играть, не всегда умеют играть вместе. Аутичный ребенок может часами развивать свой сюжет игры, выстраивать замки и космические корабли, но, как только другой ребенок приблизится к нему со своей игрушкой, впасть в истерику или повести себя агрессивно. Умение играть вместе с другими детьми, делить игру на части и выполнять совместные действия (например, вместе собирать пазл или строить башню) требует интенсивного обучения, которое возможно только в инклюзивной среде.

Кроме того, важно обучить аутичного ребенка обращаться с просьбами и комментариями к сверстнику, реагировать на обращения сверстников, ждать своей

очереди, спорить и отстаивать свое мнение, интересоваться интересами других, обращать внимание на эмоции.

Социальная осведомленность

Навыки в данной области требуют осознания социальных правил и внимательности к окружающим. Умение вести себя определенным образом со сверстниками и со взрослыми является важным социальным навыком, требующим подбора подходящих методов обучения. Нормально развивающийся подросток прекрасно понимает, что с девочками можно похихикать, в компании мальчишек — побраниться, а в присутствии взрослого надо использовать вежливые слова и приосаниться. Все эти нюансы часто недоступны аутичным детям. Для того чтобы ребенок

этому научился, требуются продолжительное время и интенсивная тренировка.

Все вышеперечисленные навыки носят лишь ориентировочный характер. Выбор целей обучения основывается также на наборе уже сформированных индивидуальных навыков ребенка, на возможностях, которые предоставляет обучающая среда, и на определении наиболее функциональных навыков для данного ребенка.

При выборе четвёртого варианта специального стандарта, отвечающего образовательным потребностям детей с наиболее тяжёлыми формами аутизма, часто осложнёнными другими нарушениями развития обучение осуществляется по индивидуальной программе реабилитации.

Этап реализации индивидуального маршрута школьника выступает в последовательной, временной организации принципа индивидуализации

Обязательным моментом сопровождения индивидуального маршрута является проведение диагностических срезов состояния психофизического развития ребенка с ОВЗ (1 раз в месяц).

Целью завершающей диагностики является выявление результатов действия маршрута (трудность сохранилась или не сохранилась). Следует заметить, при построении индивидуального образовательного маршрута ребенка с ОВЗ 48 совершенно необходимым становится комплексный подход к диагностике, коллегиальное обсуждение результатов психологической и педагогической

диагностики.

Таковы общие требования, этапы организации сопровождения обучения аутичного ребенка. При правильной организации жизни ребенка, развитии жизненного стереотипа (кропотливой работе многих лет) в большинстве своем поведенческие проблемы аутичного ребенка разрешаются.

2.3. ТЕХНОЛОГИИ КОРРЕКЦИИ РАС

Организация учебного процесса с аутичными детьми, построение коррекционной работы отличаются своей спецификой, имеют свои особые задачи и строятся на особых подходах. Специалистам, осуществляющим обучение и воспитание аутичного ребенка необходимо знание и применение разрабатываемых в рамках самых разнообразных подходов технологий по формированию тех навыков, которые необходимы ему для успешной интеграции.

В отечественной коррекционной педагогике получили распространение два основополагающих подхода к обучению и коррекции аутичных детей: эмоциональный подход, разрабатываемый в Институте коррекционной педагогики РАО О.С. Никольской с соавторами и поведенческий, разработанный в США обучающий подход, получивший название прикладной поведенческий анализ, ППА (Applied Behavioral Analysis, АВА).

2.3.1. ТЕХНОЛОГИЯ ПРИКЛАДНОГО ПОВЕДЕНЧЕСКОГО АНАЛИЗА В КОРРЕКЦИИ АУТИЗМА

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 [1,2,7]. Выделяют два крупных направления в рамках поведенческой терапии.

1. Оперантное научение (I.Lovaas, 1981). В рамках данного направления обучение направлено на тренинг социально-бытового поведения через отработку отдельных операций с их последующим объединением. Навыки отрабатываются в различных ситуациях, с разными людьми. На первом этапе обучения особое внимание уделяется формированию способности ребенка сосредоточиваться на задании и следовать инструкции взрослого. Формируется позиция готовности, предваряющая любую совместную со взрослыми или индивидуальную работу. Благодаря гибкой системе подкреплений (жетоны, фишки и пр.) удается закрепить желаемое поведение и уменьшить нежелательное и деструктивное поведение. Однако при применении данной системы могут сохраняться трудности переноса сформированных навыков на вне учебную обстановку и зависимость от взрослого, осуществляющего подкрепление соответствующего поведения.

2. Обучение по программе ТЕАССН (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped = Лечение и обучение детей, страдающих аутизмом и нарушениями

общения) направлено на облегчение социально бытовой адаптации аутичного человека с помощью зрительной организации среды, задающей структуру выполняемого действия и удерживающей ребенка в ситуации задачи. Первичный акцент также делается на формировании способности ребенка оставаться на своем рабочем месте и сосредоточиваться на задании. Подобное поведение называется рабочим, так как является необходимой предпосылкой для самостоятельной, независимой от взрослого деятельности аутичного ребенка.

Для этого подхода ключевое положение: все поведение человека можно описать на уровне действий и, самое главное, измерить, т. е. каждое поведенческое проявление может быть оценено количественно: сколько раз, с какой интенсивностью и частотой оно проявляется. Так, оценивая работу с конкретным учеником, представители этого подхода стараются не оперировать такими выражениями, как «ребенок плохо себя ведет», «напряжен и дискомфорт или «демонстрирует самоагрессию» – все эти описания для них слишком расплывчаты, неопределенны и могут быть по-разному интерпретированы разными специалистами. Их язык – это язык конкретных и количественно оцененных действий: из описания поведения ребенка должно быть ясно, сколько раз за занятие он, например, отворачивался от задания, кричал или кусал себя за руку. Одна из первых процедур при обучении начинающих поведенческих тренеров (представители ППА чаще называют себя именно тренерами, а не учителями) – это формирование навыка такого описания поведения ребенка, которое было бы однозначно трактуемым, четким и содержало бы количественную оценку каждого видимого действия ребенка.

Остановимся на конкретных формах, использования методов оперантного научения и программы ТЕАССН, разработанных в рамках поведенческой терапии.

Ключевая составляющая профессионального мышления представителей поведенческой терапии – это трехзвенная схема:

«А»– что предшествовало поведению (событие или ситуация)

«Б» – само поведение (что ученик делает, как реагирует)

«С» – последствия поведения (позитивные или негативные для ученика).

По-английски эта схема записывается «АВС»(Antecedent-BehaviorConsequence).

Эта схема представляется чрезвычайно продуктивной, «рабочей»; более того, скорее всего она знакома многим педагогам и психологам-практикам (хотя, возможно, в других терминах). Суть ее состоит в том, что при столкновении с «проблемным» поведением у ребенка нам необходимо проанализировать, в каких случаях оно возникает, когда такого поведения становится больше, а когда оно смягчается или исчезает вовсе; с какими

последствиями своего «проблемного» поведения сталкивается ребенок и, в частности, не закрепляют ли его окружающие взрослые своими невольными реакциями, например, бурно проявляемыми эмоциями [7].

В поведенческом анализе при возникновении поведенческих проблем у ученика предлагается провести подробное наблюдение, фиксируя на протяжении длительного времени и в разном окружении (дома и на занятиях, с разными педагогами и т. д.) частоту и интенсивность проблемного поведения по схеме «АВС» (таблица 2). Затем, после анализа всех данных, вырабатывается стратегия коррекции проблемного поведения.

Одной из, безусловно, сильных сторон современного прикладного поведенческого анализа является позитивная направленность обучения: обучающие задачи ставятся всегда в терминах «научить чему-то ученика», а не «избавить его от чего-либо». Иными словами, поведенческий тренер фиксирует внимание, прежде всего, на обучении ученика чему-то новому, какому-то полезному навыку, а не на целенаправленном «искоренении» проблемного поведения. Так, если аутичный ребенок кричит и отталкивает учебный материал на занятиях, то в этой парадигме его обучают сообщать доступными ему средствами (речью, жестами, с помощью карточек и т. д.) о том, что он устал и требует перерыва в занятиях. Вообще, крика ребенка не боятся; если предполагается, что посредством крика ребенок пытается уйти из учебной ситуации как таковой, то продолжают заниматься, выполняя задание до конца. Тем самым ученику твердо дают понять, что проявлениями негативизма он своего не добьется. Параллельно с этим, однако, облегчается учебная задача, для того чтобы задание было все-таки успешно завершено и ученик получил позитивный опыт его выполнения.

Составление учебного плана для конкретного ученика начинается с досконального и всестороннего изучения его поведения. Для этого специалистами разработаны множество форм оценки самых разных сторон поведения. В частности, очень подробно оцениваются такие области, как «глазной контакт», «выполнение инструкций», «подражание», «понимание речи», «собственная коммуникация» и т. д. Поведение ученика изучается не только в различных окружениях и с разными людьми, но и сравнивается с поведением нормально развивающихся ровесников.

После сбора всех данных и подробных бесед с родителями (мнение семьи и, по возможности, самого аутичного ученика в отношении приоритетов обучения обязательно учитывается) составляется список учебных задач. В начале работы, как правило, основное внимание уделяется выработке так называемого рабочего поведения (*ontaskbehavior*) – способности удерживаться на рабочем месте хотя бы ненадолго, выполнять простые, заведомо доступные инструкции (такие как «сядь», «подними руки», «дай предмет»...).

При этом поведение ученика может контролироваться довольно жестко, а любой шаг в правильном направлении интенсивно подкрепляется (о подкреплениях мы поговорим позже).

При планировании учебной работы рекомендуется:

1. Учитывать нужды повседневной жизни аутичного ученика в своей семье, в школе, в других сообществах, требования его нынешнего и возможного будущего окружения.

2. Соотносить обучение с задачами нормативного возрастного развития, т. е. учитывать возраст ребенка.

3. Выстраивать разнонаправленное обучение, соблюдая баланс между игровыми, академическими навыками, развитием речи, формированием навыков самообслуживания, социальным реагированием, способностью выражать и контролировать свои эмоции.

4. Обучение сопровождается постоянным мониторингом – периодически проводящимися оценками успехов и проблем, с необходимой попутной корректировкой учебных задач.

Ключевым для построения учебного процесса в прикладном поведенческом анализе является понятие «обучение отдельными пробами». Каждая «проба» соотносится с рассмотренной нами выше трехзвенной схемой поведения:

– инструкция взрослого (предшествует поведению ученика);

– ответ ученика (поведение);

– обратная связь со стороны взрослого (последствия поведения). Из таких отдельных проб, как из кирпичиков, строится обучение аутичных детей самым разным навыкам. Отработка нового навыка включает обычно порядка 10 проб, а критерием освоенности нового умения при обучении за столом является 80%-й успех, т. е. ученик должен 8 раз из 10 успешно выполнить задание.

Прикладной поведенческий анализ – крайне «технологичный» педагогический подход, здесь действия учителя-тренера подчинены четким предписаниям. Приведем рекомендации по предъявлению ученику инструкций.

1. Инструкции должны быть четкими и краткими.

2. При предъявлении инструкции не надо называть ученика по имени.

3. Сказав инструкцию, дайте ученику 3 секунды на ответ.

4. Без согласования с командой коллег не меняйте словесную формулировку предъявляемой инструкции.

5. Сохраняйте постоянный темп при предъявлении инструкций.

6. Помощь должна быть частью инструктирования, а не обратной связи. Помогайте ученику после одной неправильной реакции.

7. Когда навык освоен, начинайте варьировать инструкции.

8. Инструкцию нужно давать однократно. Если вы вдруг обнаружили, что повторяете инструкцию, не дождавшись реакции ученика, то остановитесь, скажите: «Попробуем еще раз» (это нейтральная обратная связь), а затем повторите попытку с начала.

Уровень аффективных стереотипов имеет важнейшее значение в регуляции поведения ребенка, в отработке приспособительных реакций. Этот уровень обеспечивает качественную оценку сигналов из внешней и внутренней среды, в том числе ощущений всех модальностей: слуховых, зрительных, тактильных, вкусовых. В случае если доминирует этот уровень аффективной адаптации, наиболее характерными поведенческими проявлениями являются стереотипные реакции. Аффективные стереотипы являются необходимым фоном для обеспечения самых сложных форм поведения человека.

Активизация этого уровня эмоциональной регуляции в процессе учебной деятельности достигается при четкой функциональной организации пространства класса, создании ритуала общения с учениками, воспроизводимого порядка урока. Такая уютная, предсказуемая организация жизни класса и обучения удобна и другим детям. В сущности, от учителя требуется нормальная организация обучения, в котором введение нового материала подготовлено и ожидаемо.

Создание стереотипа школьной жизни должно включать в себя: разработку привычных способов перехода от одного занятия к другому, присутствие кого-либо из близких ребенка на перемене.

Склонность к символизму в процессе усвоения учебного материала затрудняет переработку информации, получаемой ребенком с аутизмом на уроке. Учителю важно обратить внимание на то, что знания необходимо преподносить ребенку в правильно организованном виде. Это, прежде всего, адекватно подобранный учителем наглядный материал, емкая и полная, но не перегруженная подробностями словесная формулировка материала.

Рекомендуется обучать воспринимать учебную информацию в целом, а затем прорабатывать и детализировать ее составляющие, а также воспроизводить вместе с ребенком нужное действие, нужную поведенческую реакцию, чтобы он мог «схватить» ее целиком, а уже потом, прорабатывая, присваивать и детализировать.

Активизация этого уровня эмоциональной регуляции средствами психологической коррекции достигается при сосредоточении ребенка на чувственных (мышечных, вкусовых, тактильных и пр.) ощущениях, восприятии и воспроизведении простых

ритмических стимулов. Этот уровень, также как и первый, способствует стабилизации аффективной жизни человека.

Разнообразные психотехнические приемы, широко используемые психологами, такие как ритмические повторы, ритуальные действия, прыжки, раскачивания и пр. занимают важное место в психокоррекционном процессе, особенно на первых этапах занятий с аутичными детьми. Они оказывают как расслабляющее, так и мобилизующее действие в процессе психокоррекции поведения детей и подростков.

Третий уровень аффективной организации поведения – уровень экспансии – является следующей ступенью эмоционального контакта человека со средой.

Аффективные переживания третьего уровня связаны не с самим удовлетворением потребности, как это было на втором уровне, а с достижением желаемого. Они отличаются большой силой и полярностью. Если на втором уровне нестабильность ситуации, неизвестность, опасность, неудовлетворенное желание вызывают тревогу, страх, то на третьем они мобилизуют субъекта на преодоление трудностей. На данном уровне аффективной организации ребенок испытывает любопытство к неожиданному впечатлению, азарт во время преодоления опасности, гнев, стремление к уничтожению преград.

В процессе обучения важна помощь аутичному ребенку в налаживании и дальнейшем развитии отношений со сверстниками.

Теоретически идущий в школу ребенок с приятностью относится к другим школьникам, хочет быть вместе с ними, но в реальности у него могут возникнуть другие чувства. Дети быстро утомляют его, раздражают, кроме того, он не хочет делить с ними внимание и похвалу учителя. Поэтому на первых порах важно просто не допустить возникновения стойких конфликтов и попытаться сформировать идеальные образы друг друга.

В процессе психологической коррекции уровень аффективной экспансии стимулируется актуализация у ребенка переживаний, характерных для азартной игры, риска, соперничества, преодоления трудных ситуаций. Этой же цели можно достичь при разыгрывании устрашающих сюжетов, содержащих реальную перспективу их успешного разрешения.

Уровень эмоционального контроля (высший уровень системы базальной эмоциональной регуляции) формируется на основе субординации, взаимного дополнения и социализации всех предыдущих уровней. Этот уровень дает возможность выделить аффективные проявления другого человека как сигналы, наиболее значимые для адаптации к окружающему. Значимыми сигналами становятся лицо человека, его мимика, взгляд, голос, интонация, прикосновение, жест.

Такая ориентировка позволяет оценить возможные эмоциональные последствия собственного поступка. Положительно здесь оценивается одобрение людей, отрицательно – их негативная реакция. Этот уровень реально опирается на аффективный опыт других людей, стабильно

обеспечивает адекватную реакцию на их оценку, и это является основой для возникновения эмоционального контроля человека над своим поведением – радость от похвалы и огорчение от неприятия. Именно здесь формируется самоощущение, окрашенное эмоциональными оценками других людей, и создаются предпосылки развития самооценки.

Этот уровень создает образ надежного, стабильного окружающего мира в котором существуют эмоциональные правила поведения для всех.

Адаптивное аффективное поведение этого уровня поднимается на следующую ступень сложности. На этом уровне закладывается аффективная основа произвольной организации поведения человека. Поведенческий акт субъекта уже становится поступком – действием, которое строится с учетом отношения к нему другого человека. В случае неудачи адаптации субъект на этом уровне уже не реагирует ни уходом, ни двигательной бурей, ни направленной агрессией, как это возможно на предыдущих уровнях, а обращается за помощью к другим людям. На этом уровне происходит совершенствование аффективной ориентировки в себе, что является важной предпосылкой развития самооценки. Аффективное переживание тесно связано с сопереживанием другому человеку.

Коррекция эмоционально-смысловой организации поведения на данном уровне требует обязательного включения таких психотехнических приемов, как сотрудничество, партнерство, рефлексия, что способствует формированию гуманизма, с переживания и самоконтроля.

Закономерно развиваясь в единую систему регуляции, базальные уровни могут по-разному акцентуироваться в эмоциональной адаптации человека. Это способствует формированию индивидуальных эмоциональных отношений с внешним миром[12].

В условиях психологической коррекции эмоциональных нарушений К.С. Лебединская (1998) указывает на ориентацию коррекционных воздействий в стимулировании развития эмоциональной сферы ребенка. Она выделяет следующие направления в коррекции эмоциональных нарушений при аутизме.

1. Установление аффективного контакта, эмоциональное взаимодействие с ребенком на основе доступных ему уровней аффективной организации.

Обращаясь к базальной аффективной сфере ребенка, мы подбираем адекватную аффективную стимуляцию, используя полезные способы тонизирования.

Необходимо поднять эмоциональный тонус ребенка за счет привычных впечатлений, соответствующих тому уровню аффективной организации, к которому он максимально приспособлен.

2. Усложнение форм эмоционального взаимодействия, углубление эмоционального контакта, усложнение его форм. Длительная отработка взаимоотношений с окружающим миром.

3. Введение эмоционального смысла в аффективную жизнь ребенка: сюда относится достижение возможности правильно ориентироваться в эмоциональных состояниях близких, адекватно сопереживать им, радоваться похвале, огорчаться неодобрению, стремиться к хорошим поступкам.

4. Обучение ребенка диалогическим формам взаимодействия. На этом этапе необходима длительная тренировка способности активного слушания партнера и умение выстраивать свое поведение с учетом реакций другого человека.

Следует отметить, что работа по коррекции нарушений базальной аффективной организации должна осуществляться поэтапно – от установления эмоционального контакта и доверия до отработки сложных механизмов межличностного взаимодействия. Любое эмоциональное воздействие должно настраивать ребенка на эмоциональное сопереживание, контакт с близкими, расширение стереотипа взаимодействия с ребенком и форм эмоционального контакта.

2.4 РАБОТА С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ

Важным звеном в системе психолого-педагогического сопровождения детей с ранним детским аутизмом является психологическая поддержка родителей.

Работа с родителями детей с аутизмом – это система мер, принимаемых в целях снижения эмоционального дискомфорта в связи с заболеванием ребенка, поддержания уверенности родителей в возможностях ребенка, формирование у родителей адекватного отношения к болезни ребенка, сохранение адекватных родительско-детских отношений и стилей семейного воспитания[12].

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

64относительно лиц с ограниченными возможностями здоровья, выступают в качестве причин стрессовых состояний родителей.

Переживание семейного стресса, вызванного проблемами в воспитании аутичного ребенка, меняет свое отношение с течением времени. Условно выделяют несколько этапов, фаз, предполагающие разработку и реализацию собственных стратегий отношения и воспитания ребенка. Длительность каждого этапа (фазы) зависит от тяжести аффективной патологии у ребенка, от особенностей защитных механизмов личности родителей и специфики межличностных отношений в семье[22].

Первая фаза характеризуется растерянностью, доходящей порой до страха. Состояние родителей определяется чувством собственной неполноценности, ответственностью за судьбу ребенка, ощущением беспомощности и многими другими чувствами, которые полностью овладевают родителями и, естественно, влияют на их поведение. Эта сложная гамма чувств и отрицательных эмоций может выбивать людей из привычных рамок жизни, приводить к нарушениям сна, изменению взаимоотношений между родителями и окружающими их людьми. В основном эта фаза достаточно кратковременна (в определенных ситуациях эта фаза может вообще отсутствовать или длиться буквально мгновения). Рассматривая себя как ответственных за произошедшее, родители испытывают чувство вины, если полагают, что сами сделали что-то, обострившее положение.

Нередко такое шоковое состояние трансформируется в негативизм, отрицание реальности выявленных специалистом проблем ребенка.

О.С. Никольская отмечает, что матери аутичных детей в силу поведенческих нарушений детей (отсутствие визуального контакта, мутизми пр.) часто оценивают себя как «плохих» матерей. Это объясняется механизмом проецирования и приписывания себе отрицательных качеств «это я плохая мать и поэтому ребенок не смотрит на меня, не улыбается мне и пр.».

Период негативизма и отрицания рассматривается как вторая фаза состояния семьи и является важной психологической составляющей поведения семьи в целом. Функция отрицания направлена на то, чтобы сохранить определенный уровень стабильности семьи в возникшей ситуации. Таким образом, отрицание может быть своеобразным способом устранения эмоциональной подавленности, тревоги.

Крайней формой негативизма становится отказ от обследования ребенка другими специалистами, отказ от проведения каких-либо коррекционных мероприятий. Некоторые родители, выражая недоверие к консультантам, какими бы квалифицированными они ни были, многократно обращаются в разные научные и лечебные центры с целью отменить,

устранить «неверный диагноз». Именно на этом этапе (фазе) формируется так называемый синдром «хождения по кругу врачей».

Порой для достижения этой цели могут тратиться огромные силы и средства, что приносит в дальнейшем лишь еще большее разочарование.

Описанная фаза – негативизм и отрицание – как правило, явление временное, и по мере того как родители начинают принимать диагноз и частично понимать его смысл, они погружаются в глубокую печаль. Это состояние подавленности, связанное с постепенным осознанием проблем, характеризует третью фазу. Именно здесь происходит большинство негативных событий в семье: семья прерывает контакты с окружающими, мать ребенка может постоянно находиться в подавленном состоянии, что зачастую влечет за собой ослабление и внутрисемейных связей. Именно в этот период семью чаще всего покидает мужчина.

Причем, подчеркнем, глубина и выраженность эмоционального состояния каждого родителя в отдельности и семьи в целом зависит не только от реальности проблем ребенка, но и от субъективной оценки этих проблем самими родителями.

Самостоятельное повторное обращение родителей за помощью к специалисту, особенно к тому, кто выявил и первым рассказал об имеющихся у ребенка проблемах, знаменует собой четвертую фазу, называемую иногда «реконвалесценцией». Этот этап характеризуется выходом семьи из глубокого эмоционального кризиса, началом социально-психологической адаптации семьи. В это время родители уже в состоянии достаточно адекватно оценить ситуацию, начать руководствоваться непосредственно интересами ребенка, устанавливать адекватные эмоциональные контакты со специалистами и достаточно разумно следовать их советам.

Анализ того, на какой фазе психоэмоционального состояния находится семья, обязательно должен учитываться при педагогическом обследовании ребенка, беседах с родителями.

В.В. Лешин, проанализировав обширный экспериментальный материал, 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[9].

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 [12].

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 является организация и ведение таких семинаров.

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

Прежде всего, речь идет о лекционных приемах, позволяющих психологу сообщить родителям необходимую им психологическую информацию. Перед психологом стоит

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

Групповая дискуссия является наиболее целесообразной формой проведения родительских семинаров. 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 организации их взаимодействия с родителями со сходными проблемами, но и в процессе индивидуальных консультаций.

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. Этапы психологического консультирования семейных проблем (И. Ю. Левченко, Ткачева В. В.)

Первый этап. Знакомство. Установление контакта, достижение необходимого уровня доверия и взаимопонимания.

Родители и ребенок с первой минуты общения могут находиться в некотором напряжении. Об этом свидетельствуют выражения лиц, позы, повышенные или пониженные голоса близких ребенка. Не стоит забывать, что для членов семьи ребенка с отклонениями в развитии это еще одно испытание в череде попыток найти истину, исцеление и покой. Поэтому позитивная тональность беседы, которую ведет психолог, его бодрое приветствие («Добрый день! Как добрались? Долго ли ждали? Как приятно видеть всю семью»), психолог напоминает им о том, что отвечать на вопросы нужно сразу, долго не раздумывая, а правильность выбора всегда относительна. В качестве домашнего задания родителям предлагают методику «История жизни с проблемным ребенком», подробно объяснив инструкцию к ее выполнению.

Обследование родителей при первичном консультировании продолжается не более 40-50 минут.

Пятый этап. Формулирование психологом реальных проблем, существующих в семье.

Этот этап продолжает процедуру диагностики и консультирования семьи.

Он посвящается обсуждению с родителями реальных проблем, которые были выявлены в беседе и в процессе психологического изучения ребенка и его семьи.

Психолог уточняет проблему, а при необходимости ее и переформулирует. Задача психолога на этом этапе заключается в том, чтобы обратить внимание родителей ребенка на действительно существенные и значимые стороны проблемы. Он подсказывает родителям возможный выход, а в случае неверной трактовки проблемы стремится убедить в неправильности их собственной позиции.

Пример 1. Родители Кати Н. пришли на консультацию с целью узнать, в какой клинике и какими медикаментозными средствами можно вылечить их дочь (Кате восемь лет, она страдает умственной отсталостью в тяжелой степени, расторможена, некритична, возбудима).

В каждом из этих отдельных случаев психолог выбирает тактику «малых шагов» и, используя в качестве доказательства своей позиции результаты психологического изучения ребенка, полученные в ходе диагностики, постепенно изменяет взгляд родителей на постановку проблемы. Это самая сложная для психолога и энергоемкая часть консультирования. Переубедить родителя и изменить его позицию не всегда удастся сразу, а иногда и совсем не удастся во время первичной консультации. Поэтому чаще выбирается компромиссное решение и родителям дается возможность оценить предлагаемый психологом способ решения проблемы не сразу, а обдумывая его в течение определенного времени.

Так, в первом случае в самом начале беседы с родителями Кати Н. им предоставляется возможность высказаться и выплеснуть все самые тяжелые переживания и сомнения по поводу состояния дочери. Затем планирование деятельности родителей в отношении Кати постепенно переводится из медицинской в коррекционную сферу. Родителям демонстрируются конкретные приемы обучения и воспитания, а также подсказываются пути социальной адаптации, доступные возможностям Кати.

Шестой этап. Определение способов, с помощью которых проблемы могут быть решены.

Психолог дает подробные разъяснения по поводу того, что необходимо делать и как осуществлять работу с ребенком, предупреждает родителей о возможности существования отсроченного решения проблем, т. е. отдаленного результата предлагаемых к реализации мер. Одновременно психолог убеждает родителей в том, что, если не следовать предложенному пути, ситуация может еще более ухудшиться. Кропотливый и тяжелый труд родителей будет обязательно увенчан успехом, и их дети смогут быть адаптированы к самостоятельной жизни полностью или частично, а также будут полезными, нужными и любимыми в своей семье. Если же родители не демонстрируют согласия с позицией психолога или же сомневаются в том, что способны

осуществить намеченный план, то предлагается посещение коррекционных обучающих занятий с ребенком.

Седьмой этап. Подведение итогов, резюмирование, закрепление понимания проблем в формулировке психолога [11]. Завершая консультирование, психолог заново формулирует проблемы семьи, предлагает родителям свою интерпретацию существующих трудностей и указывает способы их разрешения. При этом учитывается, что для достижения понимания интерпретации семейных проблем, данной психологом, родителю необходимо время для обдумывания и формирования нового взгляда.

У родителей может возникнуть неудовлетворенность от результатов консультирования, особенно если их позиция подвергалась сомнению. В таком случае семья (или один родитель с ребенком) приглашается на дополнительное консультирование.

В заключение отметим, что сопровождение аутичного ребенка в образовательном учреждении предполагает высокую культуру взаимодействия педагогов, психологов и специалистов. Успешное функционирование системы сопровождения в школе является показателем высокого уровня управления образовательной деятельностью, реализовавшего современные представления о социокультурной миссии образования в обществе.

Литература

1. Веденина, М.Ю. Использование поведенческой терапии аутичных детей для формирования навыков бытовой адаптации : (сообщение I) / М. Ю. Веденина // Дефектология. – 1997. – № 2. – С. 31–39.
2. Веденина, М.Ю. Использование поведенческой терапии аутичных детей для формирования навыков бытовой адаптации : (сообщение II) / М.Ю. Веденина, О.Н. Окунева // Дефектология. – 1997. – № 3. – С. 15–21.
3. Гилберт, К. Аутизм. Медицинское и педагогическое воздействие : кн. для педагогов-дефектологов / К. Гилберт, Т. Питерс; [пер. с англ. О. В. Деряевой]. – М.: Владос, 2005. – 144 с. : ил., табл. – (Коррекционная педагогика). – Библиогр.: с. 142–144.
4. Екжанова, Е.А. Основы интегрированного обучения : пособие для вузов / Е. А. Екжанова, Е. В. Резникова. – М.: Дрофа, 2008. – 286 с.
5. Закон «Об образовании в Российской Федерации» : федер. закон : принят Гос. Думой 21 дек. 2012 г. : одобрен Советом Федерации 26 дек. 2012. – М. : Ось-89, 2013. – 207 с. – (Федеральный закон). – ISBN 978-5-9957-0381-5.
6. Концепция Специального Федерального государственного образовательного стандарта для детей с ограниченными возможностями здоровья : проект / Н. Н. Малофеев [и др.]. – М. : Просвещение, 2013. – 42 с.
7. Костин, И.А. Поведенческий подход к коррекции детского аутизма: основные понятия / И. А. Костин // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2009. – № 1. – С. 54–60.
8. Лебединская, К. С. Диагностика раннего детского аутизма: начальные проявления / К. С. Лебединская, О.С. Никольская. – М.: Просвещение, 1991. – 96 с.
9. 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.
10. Либлинг, М. М. Подготовка к обучению детей с ранним аутизмом / М. М. Либлинг // Дефектология. – 1997. – № 4. – С. 8–86.
11. 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.
12. Мамайчук, И.И. Помощь психолога детям с аутизмом / И. И. Мамайчук. – СПб.: Речь, 2007. – 288 с.
13. Комплексное сопровождение школьников с ограниченными возможностями здоровья в социально-образовательном пространстве: пособие для повышения квалификации

пед.кадров шк. образования / [Е. А. Маралова и 74др.] ; под ред. Е.А. Мараловой. – Великий Новгород :НовГУ им. Ярослава Мудрого, 2004. – 56 с.

14.Минаева, А. Обучение школьников с тяжелой формой аутизма / А. Минаева // Здоровье детей. – 2012. – № 7/8. – С. 38–39.

15.Мнухин, С.С. О синдроме «раннего детского аутизма», или синдроме Каннера у детей/ С.С. Мнухин, А.Е. Зеленецкая, Д. Н. Исаев // Психология аномального развития ребенка : хрестоматия : в 2 т. / под ред. В.В. Лебединского, М.К. Бардышевской. – М. : ЧеРо : Высш. шк.: Изд-во МГУ, 2002. – Т. 2. – С. 466–474.

16.Никольская, О.С. Проблемы обучения аутичных детей/ О. С. Никольская// Дефектология. – 1995. – № 2. – С. 8–18.

17.Никольская, О.С. Аутичный ребенок. Пути помощи / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – Изд. 7-е. – М.: Теревинф. – 2012. – 288 с.

18.Нафтульева, Ю. М. Поведенческая программа инклюзии как способ помощи особому ребенку/ Ю. М. Нафтульева // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2012. – № 5. – С. 33–39.

19.Образование детей с нарушениями развития аутистического спектра: сб. норматив.-правовых материалов / сост.: Л.М. Беткер, А.Б. Григорян. – Ханты-Мансийск: РИО ИРО, 2011. – 76 с.

20.Никольская, О. С. Основные положения концепции специального федерального государственного стандарта начального образования детей с аутизмом / О. С. Никольская // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2011. – № 3. – С. 3–14.

21.Психолого-педагогическое консультирование и сопровождение развития ребенка: пособие для учителя-дефектолога / под ред. Л.М. Шипициной. – М.: ВЛАДОС, 2003. – 528 с.

22.Семаго, М. М. Организация и содержание деятельности психолога специального образования : метод. пособие / М. М. Семаго, Н. Я. Семаго. – М. : АРКТИ, 2005. – 336 с.
Концепция Специального Федерального государственного образовательного стандарта для детей с ограниченными возможностями здоровья [Текст] : проект / Н. Н. Малофеев [и др.]. - М.: Просвещение, 2013. - 42 с. - (Стандарты второго поколения). - 2000 экз. - ISBN 978-5-09-028909-2. 75

Материальное выражение индивидуального образовательного маршрута (по Е. А. Екжановой) воспитанника группы _____ на период _____
(Ф. И.) _____

1. Обучение в общеразвивающей группе по адаптированной образовательной программе дошкольного образования в количестве:

Чтение художественной литературы –

математика –

окружающий мир –

музыка –

трудовое обучение –

развитие речи –

физическая культура –

2. Обучение в условиях группы компенсирующей направленности образовательного учреждения в количестве:

русский язык/чтение/ обучение грамоте –

Чтение художественной литературы –

математика –

окружающий мир –

музыка –

трудовое обучение –

развитие речи –

физическая культура –

3. Медицинская коррекция – ч в неделю (медикаментозное лечение, фитобар, физиопроцедуры, массаж).

4. Психологическая коррекция – ч в неделю (индивидуально, в подгруппе).

5. Логопедическая коррекция – ч в неделю (индивидуально, в подгруппе).

6. Занятие логоритмикой – ч неделю (индивидуально, в подгруппе).

7. Индивидуальные занятия с педагогом-психологом.

8. Индивидуальные занятия с учителем-дефектологом.

Модифицированный вариант «Карты наблюдений за поведением ребенка, имеющего эмоциональное недоразвитие» К.С. Лебединской и О.С. Никольской

Основные ориентиры наблюдений за ребенком с дисфункцией первого Уровня аффективной регуляции.

Уровень полевой реактивности

При гипофункции данного уровня имеют место следующие психологические радикалы:

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

- чувствителен к резкой перемене голоса;
- не переносит неожиданного (например, с незнакомым человеком) зрительного контакта, также для него труден длительный зрительный контакт;
- чувствителен к качеству прикосновений, напрягается, отклоняется, если кто-либо неожиданно сильно или резко притягивает его к себе, усаживает, передвигает;
- испытывает беспокойство, напряжение, если кто-либо резко меняет дистанцию во время общения (садится близко, касается коленями);
- замирает, капризничает или отказывается работать при быстрой смене видов деятельности;

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

- не любит находиться в пустых, слишком просторных помещениях;
- боится маленьких, закрытых помещений;
- любит порядок, долго раскладывает вещи на столе, пытается как бы все классифицировать, разложить по группам;

в) чрезмерная чувствительность к интенсивности сенсорных впечатлений:

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

г) особенности поведения:

- боится новых впечатлений;
- боязлив, нерешителен при смене обстоятельств, не уверен в собственных силах, часто перестраховывается;
- часто наблюдается пониженное настроение, бывают резкие перепады в настроении;
- любит играть один.

При гиперфункции первого уровня наблюдается следующее:

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

- не устает от случайных и частых контактов с другими людьми, может подолгу находиться среди незнакомых людей, в толпе;
- не боится прикосновений чужих людей;
- нечувствителен к изменению дистанции во время общения;
- нечувствителен к отрицательной эмоциональной оценке;

б) ребенок нечувствителен к качеству сенсорных впечатлений:

- устойчив к холоду, голоду, боли;
- неразборчив в еде;
- не имеет выраженных сенсорных привычек;
- стремится к частой смене впечатлений;

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

- не боится высоты, достаточно ловко карабкается, любит смотреть вниз с высоты;
- не испытывает страха в просторном или тесном помещении;

г) в поведении чаще всего проявляются следующие особенности:

- не боится оказываться на новом месте, любит находиться один, в том числе в незнакомых местах;
- склонен к бродяжничеству;
- неадекватно оценивает свои возможности, не критичен;
- с трудом усваивает правила поведения, не стремится их выполнить;
- постоянно демонстрирует повышенное настроение.

Основные ориентиры наблюдений за ребенком с дисфункцией второго Уровня аффективной регуляции.

Уровень аффективных стереотипов

Дисфункция второго уровня аффективной регуляции – уровня аффективных стереотипов

– проявляется не менее разнообразно. Именно на этом уровне закладываются основы формирования индивидуальности человека. Аффективные стереотипы являются фоновым обеспечением наиболее сложных форм поведения человека. Эти стереотипы задают аффективный смысл поведению.

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

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

- имеет устойчивые привычки в еде, требователен к качеству пищи, не принимает новых или незнакомых блюд;
 - не любит расставаться с привычной одеждой;
 - не любит перепадов температуры, пищу принимает только той температуры, к которой привык;
 - не может заснуть в непривычной обстановке;
 - часто жалуется на недомогание, не переносит малейшей боли;
 - быстро устает, часто жалуется на усталость;
 - часто испытывает немотивированный страх за собственное здоровье;
 - испытывает страх темноты, одиночества, высоты, незнакомых людей и обстоятельств;
- б) ребенок испытывает дискомфорт в нестабильных, меняющихся обстоятельствах:
- с трудом привыкает к режиму в детском саду, школе, чувствителен к изменениям в режиме;
 - с трудом привыкает к новому учителю, новому коллективу;
 - не любит перемен, новых впечатлений, не стремится к ним;
 - капризничает, может отказываться от работы или проявлять агрессию при переключении на новый вид деятельности;
- в) ребенок испытывает трудности и дискомфорт во взаимодействии и общении с другими людьми:
- не склонен к сотрудничеству, особенно если оно протекает в непривычных для него обстоятельствах;
 - имеет низкую коммуникативность;
 - излишне привязан к людям, жалеющим его;
 - имеет склонность к защитным, компенсаторным реакциям, в случае отрицательной оценки его деятельности, наказания, раскачивается, сосет палец, теребит предметы и т.п.;
 - часто замкнут, неразговорчив, одинок или имеет таких же, как он, друзей;
- г) особенности в поведении:
- часто имеет пониженное настроение;
 - раздражителен, ворчлив;
 - имеет ригидную самооценку;
 - чувствителен к ритмическим впечатлениям, любит музыку.
- При гиперфункции второго уровня наблюдается следующее:
- а) особое влечение ребенка к разнообразным сенсорным впечатлениям, трудности в оценке собственных физиологических потребностей:

- отсутствуют устойчивые привычки в еде, всеяден, любит обильную, разнообразную, вкусную пищу, прожорлив;
- стремится к интенсивным, ярким сенсорным впечатлениям (любит смотреть на огонь, дождь и т.д.);
- имеет тягу к неприятным впечатлениям, небрезглив, может взять с пола пищу и съесть ее;
- не боится боли, вынослив;

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

- агрессивен по отношению к близким, учителям в тех случаях, когда ему не позволяют осуществить влечение, задуманное действие;
- нечувствителен к нуждам других, если они противоречат удовлетворению собственных;

в) особенности в поведении:

- нетерпелив, ригиден;
- склонен к стереотипным аффективным реакциям при давлении со стороны других;
- может быть конформным, если хочет добиться своего.

Основные ориентиры наблюдений за ребенком с дисфункцией третьего Уровня аффективной регуляции.

Уровень аффективной экспансии

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

При гиподисфункции третьего уровня наблюдается следующее:

а) ребенок испытывает значительные затруднения в решении проблемных ситуаций:

- не интересуется новыми заданиями;
- быстро пресыщается, теряет цель, отвлекается, отказывается от деятельности, если она вызывает трудности;
- требуется постоянная организация деятельности, стимуляция и одобрение для продолжения деятельности в трудных для него обстоятельствах, самостоятельно работу в случаях затруднения не продолжает;
- испытывает страх перед незнакомыми, новыми, неизвестными обстоятельствами;
- не может принять решение, сделать выбор, преодолеть сопротивление;
- склонен к фантазиям на тему успехов, преодоления преград, риска;
- под влиянием других может легко преодолевать трудности, но может под влиянием других и легко отказаться от принятого решения;

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

б) ребенок имеет ряд своеобразных личностных черт:

– конформен;

– несамостоятелен, часто труслив;

– слепо подчиняется правилам, которые выработаны другими.