



БУ ВО
«Череповецкий центр
психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи»



ИНФОРМАЦИОННАЯ БРОШЮРА

«СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА»

Авторы-составители:

Учитель-дефектолог Шалкина А. Н.

Учитель-дефектолог Щукина О. С.



Череповец, 2016

Коррекция РАС – сложное направление. Коррекция данного нарушения, как и любого другого вида нарушений должна быть комплексной: психолого-педагогической, медицинской, социальной, начинать ее необходимо в более раннем возрасте.

В настоящее время выделяется более 100 подходов к коррекции РАС, что представляет большую проблему для специалистов в том плане, что необходимо выбрать тот или иной подход в работе.

Подходы к коррекции РАС, в основном представляющие собой кальки зарубежных технологий, отражающие, порой, противоречивые взгляды, не имеющие четкого теоретического обоснования в ряде случаев, затрудняют организацию работы с такими детьми и влияют на их образовательный маршрут. Многие зарубежные технологии невозможно полностью реализовать в условиях российского образования вследствие ограниченной численности специалистов, недостаточного материально-технического обеспечения и других причин.

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

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

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



ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ РАС

1. ТЕАССН терапия.

В рамках бихевиорального подхода в некоторых штатах США и ряде европейских стран как государственная программа используется **ТЕАССН терапия**. Основная идея программы – обеспечить формирование как можно большего количества стереотипных форм взаимодействия с окружающим миром. Главный методический прием – механистическое научение.

По мнению сторонников ТЕАССН – программы, следует направлять усилия:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Эмоционально-уровневый подход.

Эмоционально-уровневый подход разработан в 1980-х годах усилиями группы сотрудников НИИ дефектологии АПН СССР. Авторы (В.В. Лебединский, К.С. Лебединская, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг) ведущую роль в патологии отводят нарушениям аффективной сферы. Теоретической основой метода стала концепция об уровне

строении системы эмоциональной регуляции В.В. Лебединского.

Коррекционная работа состоит из следующих этапов:

- установление эмоционального контакта,
- стимуляция активности, направленной на взаимодействие,
- снятие страхов,
- купирование агрессии и самоагрессии,
- формирование целенаправленного поведения.

3. Метод сенсорной интеграции

В основе данной системы используется сенсорная стимуляция с учетом возможностей ребенка к переработке сенсорной информации. Стимуляция может касаться слуха, зрения, осязания, ориентации в пространстве, проприоцептивного чувства. Например, слуховая интеграционная терапия была разработана как средство оптимизации измененной чувствительности.

Сенсорная интеграция помогает смягчить отдельные трудности, свойственные аутизму, положительно влияет на общий фон коррекционной работы. Важно, чтобы сенсорная интеграция была непротиворечива и совместима с основным коррекционным подходом.

4. Прикладной анализ поведения. АВА-терапия.

АВА терапия - это интенсивная обучающая программа, которая основывается на поведенческих технологиях и методах обучения.

Метод АВА для работы с детьми с аутизмом впервые был использован доктором Иваром Ловаасом (Ivar Lovaas) и его коллегами из Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе в 1963 году. В основу была взята идея, что любое поведение влечет за собой некоторые последствия, и если ребенку последствия нравятся, он будет это поведение повторять, а если не нравятся, то не будет.

При этом подходе все сложные навыки, включая речь, творческую игру, умение смотреть в глаза и другие, разбиваются на мелкие блоки - действия. Каждое действие разучивается с ребенком отдельно, затем действия соединяются в цепь, образуя сложное действие. Взрослый не

пытается давать инициативу ребенку, а достаточно жестко управляет его деятельностью. Правильные действия закрепляются до автоматизма, неправильные - строго пресекаются. Для достижения желаемого поведения используют подсказки и стимулы, как положительные, так и отрицательные. Закрепленным навык считается только тогда, когда ребенок сможет выполнять это действие без ошибок в 80 процентах ситуаций вне зависимости от того, в какой атмосфере и кем было дано задание.

В рамках обучающей программы по методике АВА ребенок всегда ведомый, его свобода и инициативность ограничены выбором обучающего взрослого. Для каждого ребенка составляется индивидуальный план поэтапного развития. Ребенок может осваивать одновременно два-три не связанных между собой навыка, педагогом выстраивается четкая система усложнения и поэтапного освоения все новых и новых навыков.

Конечная цель АВА - дать ребенку средства осваивать окружающий мир самостоятельно.

В арсенале АВА несколько сотен программ, среди них невербальная и вербальная имитация, общая и мелкая моторика, понимание языка, называние предметов, называние действий, классификация предметов, "покажи, как ты... ", местоимения, ответы на вопросы "Что?", "Кто?", "Где?", "Когда?", "Как?", употребление "да" и "нет", и других. Среди программ более высокого уровня - "Скажи, что будет, если..." (предугадывает исход действия), "Расскажи историю", "Делай как (имя сверстника)", "Позови (имя сверстника) играть".

В АВА-терапии существуют несколько терапевтических моделей, рассчитанных для раннего детства (от 1,5-3,5 лет), дошкольного и школьного возраста, подростков и взрослых.

В раннем возрасте коррекция нежелательного поведения наиболее эффективна, так как такое поведение еще не успело закрепиться, а взрослому проще справиться с ребенком в случае направленной агрессии или самоагрессии ребенка с аутизмом.

Программа раннего вмешательства должна быть интенсивной - от 30 до 40 часов в неделю, чтобы ребенок смог усвоить необходимые навыки поведения и преодолеть отставание в развитии.

Специалист по АВА первоначально определяет поведенческую проблему ребенка, затем проводит "измерения" (изучает и наблюдает поведение), в результате которых производится оценка и вырабатывается стратегия обучения ("вмешательство").

Во время обучения по системе АВА с ребенком ежедневно занимается несколько специалистов разной направленности (дефектолог по поведенческим навыкам, музтерапевт, арттерапевт), а контроль осуществляет супервизор - специалист по методике. Специалисты последовательно занимаются с ребенком на протяжении двух-трех часов (делая за это время пять-шесть программ), на протяжении одного дня с ребенком могут последовательно работать два-три специалиста, и ребенок получает пять-шесть часов в день. Все действия по программам записываются в общий журнал работы с ребенком, координируя действия специалистов.

АВА может выполняться на дому, в учебном заведении, в детском кружке. Занятия могут быть индивидуальными и групповыми - в маленьких группах (два-три человека) и больших (пять-десять человек).

Количество часов в учебной программе может варьироваться в зависимости от потребностей и возможностей. Среднее количество часов в программе АВА - 20 часов в неделю. Минимальное количество часов в АВА-программе - шесть часов в неделю, максимальное - 40.

Важно, чтобы родители ребенка были неотъемлемой частью команды работающей с ребенком, воспитывали ребенка на основе поведенческих принципов обучения и помогали ему обобщить все навыки, которые он выучил в программе.

Для детей дошкольного возраста вне зависимости от уровня развития навыков рекомендуется обучение в системе спецобразования. Обучение на дому может быть ограниченной средой, в которой ребенок не сможет выучить такие важные навыки, как нахождение в группе сверстников, обучение в группе, общение с различными людьми.

Частично обучение может остаться индивидуальным, в особенности для детей с низким уровнем речевых навыков или для детей, которые ранее не обучались и не научились взаимодействовать со взрослыми.

При всей строгости обучающей программы методика АВА подходит для тяжелых форм аутизма, синдрома Дауна и тяжелых форм интеллектуальной недостаточности.

Выбор именно этой методики оправдан, если поведение ребенка не поддается контролю со стороны близких, он не реагирует на просьбы и запреты, не откликается на имя, не стремится к коммуникации, не имеет речи или речь развита настолько слабо, что ребенок может с трудом (или не может) выразить свои мысли и желания.

5. The P.L.A.Y. Project.

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

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

- программа наиболее эффективна для детей в возрасте от полутора до 5 лет;
- интенсивное вмешательство должно осуществляться по 25 часов в неделю;

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

6. "Игровое время" (Floortime/DIR)

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

7. Терапия ежедневной жизнью.

Терапия ежедневной жизнью разработана в 1960-е годы в Японии. Метод состоит из трех элементов: установление ритма жизни и стабилизации эмоций через программу ежедневных физических упражнений, снятие «духа зависимости» от окружающей среды через групповые занятия; поддержка интеллектуального развития через постоянное повторение одинаковых действий. Кроме этого в программе применяются традиционные для японской педагогики приемы, декларируется тесная связь между психической и духовной жизнью, предпочитается групповые формы обучения, делаются попытки развить групповой дух. Центральный момент программы – обучение через подражание.

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ РАС

1. Холдинг-терапия – метод терапии принудительным удержанием был предложен американским психиатром М. Вэлш в первой половине 80-х годов XX века. Согласно данному подходу, аутизм представляет собой эмоциональное и мотивационное расстройство, связанное, прежде всего, с ранним травматическим опытом. Холдинг – терапия была предложена как метод восстановления базального доверия к миру. Внешне метод выглядит следующим образом: мать прижимает ребенка к себе, но таким образом, чтобы можно было смотреть ему в глаза.

2. Массаж

Сеансы массажа часто используются в качестве дополнения к основному курсу терапии. Ключевым моментом в применении массажа является постепенное привыкание пациента к процедурам. В отдельных случаях массаж начинался с коротких сеансов по несколько секунд, и требовалось более полугодом для того, чтобы пациент давал согласие на регулярные длительные процедуры. В результате регулярных сеансов массажа у пациентов постепенно проявлялась повышенная допустимость прикосновений, даже в том случае, если изначально реакция была крайне негативной. За все время не было написано ни одного серьезного научного исследования, доказывающего, что эффект сравним с другими видами лечения этой болезни.

3. Гипноз

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

эффективность применения гипноза для терапии врожденного аутизма подлежит дальнейшему изучению.

4. Музыкальная терапия

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

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

Терапия начинается со знакомства пациента с инструментом. Инструктор все время находится на виду у больного, чтобы он ассоциировал необычные звуки с инструментом. Затем пациент пробует самостоятельно извлекать звуки или подражать им голосом. Лечение также может проходить в форме танца.

5. Пет-терапия (лечение с помощью животных)

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

6. Система коммуникации обменом изображениями (PECS).

Первоначально ученика обучают давать изображение желаемого объекта партнеру по коммуникации, чтобы получить желаемый объект. PECS состоит из нескольких фаз: а) «как» вступить в коммуникацию, б) настойчивость и преодоление расстояния для коммуникации, в) выбор нужного изображения, г) структура предложения, д) просьба в ответ на вопрос и е) комментирование.



УЧЕТ ФАКТОРОВ ПРИ ВЫБОРЕ МЕТОДИКИ КОРРЕКЦИИ РАС

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

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



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аутизм. Методические рекомендации по коррекционной работе./ Под. Ред. С.А.Морозова (материалы к спецкурсу). М.: Изд-во "СигналЪ", 2003.
2. Башина В.М. Ранний детский аутизм // Исцеление. - М., 1993.
3. Веденина М.Ю. Использование поведенческой терапии аутичных детей для формирования навыков бытовой адаптации. Сообщение I // Дефектология. - 1997. - № 2.
4. Детский аутизм: Хрестоматия / Сост. Л.М. Шипицына. - СПб.: Дидактика плюс, 2001.
5. Исаев Д.Н., Каган В.Е. Аутистические синдромы у детей и подростков: механизмы расстройств поведения // Патологические нарушения поведения у подростков. - Л., 1973.
6. Колосков А.Р., Горбунов Л.Л. Аутистическое расстройство и новые методы его коррекции. (Реабилитация детей с ограниченными возможностями. Опыт и проблемы. Сборник), Воронеж, 2002.
7. Кревелен В. К проблеме аутизма // Детский аутизм: Хрестоматия. - СПб, 1997.
8. Либлинг М. М. Холдинг-терапия как форма психологической помощи семье, имеющей аутичного ребенка // Дефектология. - 1996. - № 3.
9. Лебединская К. С, Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма. М.: Просвещение, 1991.
10. Морозова С. С. Аутизм. Коррекционная работа при тяжелых и осложненных формах Серия: Коррекционная педагогика Издательство: Владос, 2007.
11. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок: пути помощи. - М.: Теревинф, 2000.
12. Официальный сайт Association for Science in Autism Treatment (Американской ассоциации о научном подходе к лечению аутизма) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.asatonline.org>.
13. <https://ria.ru/spravka/20120910/747164443.html>