

Особенности коррекционно-развивающей работы с детьми при наличии аутистической симптоматики

Н. Ю. Кожушко, Е. А. Пономарева, Н. Ф. Бережная

Специалистам детских садов, работающим с отстающими детьми, нет необходимости долго объяснять, как трудно работать с детьми с аутистической симптоматикой, особенно если это — основное «ядро» нарушения (ранний детский аутизм), а не последствия недоразвития речи, которое ограничивает возможности ребенка в речевом контакте.

Коррекционная работа в этих случаях упирается в трудность или невозможность установления контакта в самом начале взаимодействия: ребенок либо никак не реагирует на попытки вовлечь его в игровой процесс, либо мечется по кабинету или даже проявляет признаки агрессии по отношению к педагогу.

Но если не пробовать их чему-то научить, то уровень их «невозрастающего» интеллекта, способностей к социальной интеграции неизбежно катится вниз. Многие солидные работы зарубежных коллег по работе с такими детьми ориентированы все-таки на исследования «говорящих» аутистов, то есть доступных в той или иной степени вербальной коммуникации.

В нашем институте созданы инструментальные возможности, облегчающие работу с такими детьми. Мы уже писали об эффектах транскраниальных микрополяризации (ТКМП) у детей с задержкой психического развития (Дошкольная педагогика. 2005. № 5. С. 4—7). Как и для психологов и дефектологов, для нас дети с аутистической симптоматикой — тоже большая проблема. Первые

минуты сеанса воздействия (а то и до самого конца) идут нередко под крики, визги детей (особенно «чистых» аутистов) в напряженных объятиях родителей. Приходится терпеть и им, и нам. Поскольку результаты данного вида терапии всем участникам процесса обычно видны довольно скоро.

Если сравнивать со сроками известных методов лечения и немедикаментозной коррекции (это месяцы, а то и годы), то, можно сказать, результаты ТКМП появляются почти стремительно — после одного-двух сеансов, то есть через 20—40 минут воздействия в дошкольном возрасте. Это не рекламное преувеличение, это — следствие комплексного подхода с использованием знаний психологов и логопедов, помноженных на возможности физиологических методов коррекции, подтвержденных патентами РФ.

Что дает ТКМП при работе с аутистами? В первую очередь, это появление возможности вступить в эффективный обучающий контакт между ребенком и взрослым (родителем, психологом, педагогом). У детей с РДА (ранним детским аутизмом) положительные изменения могут быть первоначально видны только в пределах привычной обстановки. Цитирую родителей: «Впервые вечером в машине ответил на вопрос: „Ты устал?“ — „Да“»; «Впервые в тот же день сам сходил в туалет (воспользовался унитазом самостоятельно при закрытой двери)»; «Через два дня перестали закрывать холодильник на замок, так как ребенок открывает дверцу и берет только то, что хочет съесть (обычно открывал холодильник и сбрасывал с по-

лок все подряд)»; «Начал откликаться на просьбы и команды не с десятого раза, и после двух-трех обращений»; «Перестала убежать на улице во время прогулки» и т. п.

Эффекты первых сеансов могут быть локальными, то есть касаться только частной проблемы, указанной выше, или вызывать системную реакцию в отношении целого ряда психических функций. Это зависит от исходного уровня развития ребенка, компенсаторных возможностей его мозга, особенностей развивающей среды (это видно из приведенных ниже клинических примеров).

Так, если ребенку 8—9 лет, а он не вступает в контакт даже с членами семьи, ест с ложки, ходит в памперсе, нигде не обучается, только сидит или ходит, совершая стереотипные действия, то наши возможности в данной ситуации весьма ограничены. В частности, на первый курс нам может «светить» только освобождение от памперсов, поскольку совершить скачок к мыслительным процессам, не пройдя стадию формирования гигиенических навыков, довольно проблематично.

Если же нашему пациенту 3—4 года и, как хорошо известно психологам и логопедам, сензитивный период развития речи еще не так далек, то наши шансы на успех значительно возрастают. Еще лучше, если речевая продукция представлена хотя бы эхолалиями. Как показывает многолетняя практика, в этих случаях есть из чего «лепить» обращенную речь от первого лица.

Каков диапазон изменений в поведении и речевой активности ребенка с аутистической симптоматикой после курса ТКМП и в отсроченной перспективе?

Если речь идет о РДА, то это преимущественно динамика в отношении понимания речи и, как следствие, повышение эффективности обучения. С одним и тем же педагогом (психологом) или несколькими постоянными специалистами ребенок:

- допускает тактильный и более продолжительный зрительный контакт во время занятия;

- демонстрирует снижение агрессивных и аутоагрессивных реакций, стереотипии, эхоталии;

- быстрее выполняет команды во время занятия, ищет новые задания (заглядывает в ящик с дидактическими пособиями), но предпочитает объемный материал, работа с плоскочастным материалом (картинками) начинается позднее и через «не хочу»;

- может проявить волевое усилие при завершении работы в заданном объеме, даже если задание неинтересное.

В домашних условиях ребенок с РДА (цитирую родителей): «Начинает поддаваться уговорам, когда нет возможности выполнить его просьбы немедленно»; «Перестает устраивать истерики, если в магазине не покупают выбранную игрушку, шоколад...»; «Может посидеть в машине без DVD»; «Разрешает стричь волосы и ногти днем, а не во время сна, как обычно» и т. п.

Из этого в ближайшем будущем проистекает возможность попасть в детский сад в коррекционную группу или даже в логопедическую, и тогда уже под чутким руководством специалистов, имеющих опыт работы с такими детьми, двигаться дальше.

В чем трудность работы с детьми с РДА, точнее, с их родителями на данном этапе? Нарушение коммуникативных функций, то есть базовой социальной потребности, стимулирующей речевую инициативу, приводит к тому (мы уже говорили об этом), что положительные сдвиги у аутистов идут в отношении качества импрессивной речи, понимания контекста и оттенков обращенной к ним речи. Собственная речевая активность, особенно при первом обращении к нам в возрасте 5—6 лет, когда нет даже лепетных слов (есть только крики и завывания), остается на уровне, близком к нулю. Нередко это дезориентирует родителей («А зачем учить, если не говорит?») и даже специалистов («Он у вас debil, что я его буду проверять?»). Как ни удивительно, но их можно научить даже читать и писать. Если что-то «позарез» нужно, то ребенок может и попросить.

Бывают случаи, когда первый курс даже в маленьком возрасте (3—4 года) проходит «по нулям», и первое время мы даже рекомендовали родителям, если не будет отсроченного эффекта в течение 1—1,5 месяца, более не тратить время на повторные курсы. Однако и у таких пациентов процесс все же идет.

Приведем несколько примеров работы с детьми, когда период наблюдения — 1,5—3 года, даны оценки специалистов в начальный период коррекции с использованием ТКМП и состояние дел на сегодняшний день.

1. Мамвей М.

Первое обращение в институт в возрасте 3 лет, за 1,5 года прошел 5 курсов ТКМП по 4—6 сеансов за курс, сеанс — 20 минут. Первичное заключение из ДОУ для детей с ограниченными возможностями: «За время пребывания в коррекционной группе динамика развития минимальная, в контакт со взрослыми и детьми не вступает, на просьбы не реагирует, малоэмоционален, безразличен. Задания на определение сенсорных способностей, мыслительной деятельности и т. д. не выполняет. Речь отсутствует». Поведение в ситуации обследования — полевое. Клинический диагноз — ранний детский аутизм.

После первых сеансов начал повторять простые слова, появилось любопытство по отношению к внешним событиям, картинкам в книжке. Занятия за столом с дидактическими пособиями дома и в детском саду по-прежнему неэффективны, сложные инструкции ребенок не понимает (не выполняет). Появился указательный жест, обращенной речи нет, при необходимости мальчик тянет взрослого за руку, показывая, что ему нужно.

На сегодняшний день (мальчику исполнилось 5 лет) посещает коррекционную группу детского сада, есть обращенная речь (но от третьего лица: «Матей едет на машине»). Детей не избегает, может подойти, улыбнуться.

Из заключений специалистов: в контакт ребенок вступает сразу, спокойно, с улыбкой. Работоспособность повысилась, но сохраняется тенденция

к утомлению при интеллектуальных нагрузках. Появился познавательный интерес к занятиям, в основном — на игровом материале, есть интерес к написанию цифр. Параметры восприятия: форма — вкладывает все шесть фигур, сам не называет, однако по примеру взрослого может назвать круг, треугольник, овал, звездочку; размер — «большой», «маленький» — знает, сортирует, сам называет. Размерный ряд из трех элементов выкладывает самостоятельно, из шести — затрудняется (требуется помощь взрослого). Мышление (анализ-синтез): разрезные картинки из трех по вертикали собирает самостоятельно. Счет: цифры узнает до 3, может назвать числовой ряд по порядку. Речь: малоэмоциональная, недостаточно понятна для окружающих; но понимает обращенную речь в более сложных конструкциях, выполняет несложные просьбы. Активный словарь увеличился, но пассивный словарь шире. Слоговая структура речи: увеличилась до 4—5 слогов. Грамматический строй речи: недоразвитие лексико-грамматических и фонетико-фонематических компонентов речи. Речь фразовая из 4—5 слов, аграмматичная (ошибки согласования). Связная речь: мальчик может рассказать, что происходит дома, но нередко ограничивается перечислением событий и предметов.

Положительный процесс, как мы видим, идет но в настоящее время осложняется тем, что учебная нагрузка в детском саду недостаточная и не соответствует диагнозу ребенка, дома — практически отсутствует и это, конечно, снижает скорость формирования отстающих функций.

2. Гоуа К.

Первое обращение в институт в возрасте 5 лет. Речевой анамнез: гуление с 4 месяцев, лепет с 7 месяцев, первые слова с 1 года, фразы — с 2 лет. После падения на детской площадке отмечен «откат» в речевом развитии. Из заключения логопеда массовой группы ДОУ: «В контакт с детьми и взрослыми не вступает, на имя не откликается, лежит на ковре, если шумно — выходит в раздевалку, но агрессии к детям не

проявляет. По мере привыкания к группе допускает совместную игру с одним ребенком, может попросить у взрослых («дай»), понимает простые инструкции».

По данным обследования в ИМЧ РАН психолог заключает: уровень актуального развития ребенка значительно ниже возрастной нормы. Поведение в ситуации обследования — полевое. Трудности в обучении обусловлены нарушениями коммуникативных навыков, задержкой речевого развития. Имеется нарушение детско-родительского взаимодействия (попустительство), ранняя компьютеризация игровой деятельности. Клинический диагноз — ранний детский аутизм.

При проведении ЭЭГ-обследования ребенок кричал и выл без перерыва, сдирал с головы шлем с электродами, несмотря на уговоры и физические усилия родителей по удержанию, показ мультфильмов на своем DVD и другие адекватные меры в ответ на неадекватное поведение.

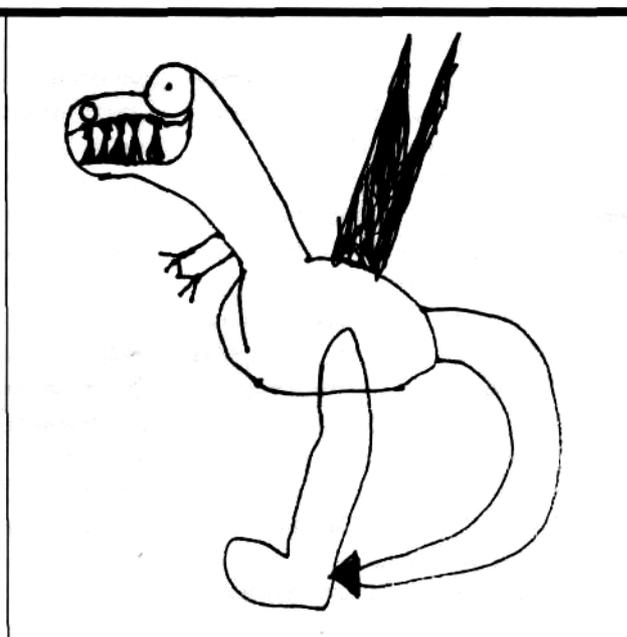
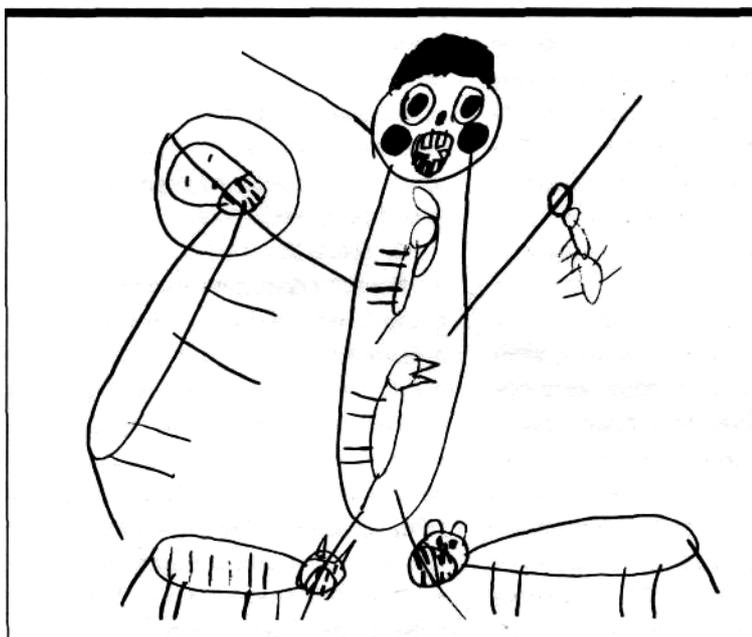
За период 1,5 года проведено 4 курса ТКМП по 6 сеансов за курс, сеанс — 20 минут. Первые сеансы шли под завывания под постоянным физическим контролем одного (но уже не двух!) из родителей. После первого сеанса появился указательный жест и название отдельных предметов, первые ответы на вопросы. Затем по ходу первого курса отмечено (в порядке упоминания в от-

четах родителей и протоколах специалистов): исчезновение ночного энуреза, мальчик перестал бояться ходить в туалет, начал по речевой просьбе заканчивать игру на компьютере, перестал есть руками и начал пользоваться ложкой по собственной инициативе, начал играть в настольные игры, в речи появилось больше новых слов, присутствуют постоянные вокализации и т. п. Положительная динамика сохранялась в указанных направлениях и после окончания курса. Через 5 месяцев психолог при тестировании отмечает выраженный подъем познавательного интереса, интеллектуальной работоспособности, коммуникативных навыков. К моменту повторного обследования ребенок достаточно успешно адаптировался к логопедической группе массового детсада (среди неговорящих детей «не очень выделяется», так как контактов с ними не избегает, заглядывает в глаза, целуется; выполняет вместе со всеми необходимые групповые действия по просьбе воспитателей). Речь малопонятная, но эмоционально окрашенная, словарь собственных слов большой (более сотни). Эмоциональная часть психической деятельности изменилась и по другим параметрам: при просмотре мультфильмов появилось понимание чужих эмоций и сопереживание им (плакал во время сеанса, когда обидели одного из героев), дома

мальчик стал допускать контакт и игру с отцом, которого ранее устойчиво игнорировал. Перестал в машине требовать DVD — начал смотреть в окно. После 4 курсов ТКМП в сочетании с коррекционно-развивающими занятиями статус ребенка на сегодняшний день оценивается следующим образом: устойчивое повышение интеллектуальной работоспособности, мальчик не только выделяет, но и называет сам основные цвета, формы и фигуры. Знает основные обобщающие понятия, собирает разрезные картинки из 4 частей. Считает до 10, называет буквы. В речи появилось много глаголов, начал отвечать на вопросы, играть с детьми в детском саду в сюжетные игры и пр. С ребенком постоянно занимаются в детском саду и дома, что видно по скорости формирования новых знаний и умений.

3. Феликс Ж.

Первое обращение в возрасте 5 лет с диагнозом РДА. За 3 года прошел 7 курсов ТКМП по 5—7 сеансов за курс, сеанс — 20 минут. Поведение в ситуации обследования расторможенное, при настойчивости взрослого — агрессивное (добивается своего через крик), перцептивные пробы делает с отдельными затруднениями, тесты на мыслительные операции не выполняет. Психолог оценивает актуальный уровень психического развития ребен-



ка ниже возрастной нормы; трудности в обучении обусловлены нарушением коммуникативных функций, задержкой речевого развития, несформированностью мыслительных операций.

После первых сеансов мальчик дома стал заметно спокойнее, начал расти активный словарь, в том числе обращенная речь («Мама, дай мне...»). На индивидуальных занятиях занимается по часу.

К настоящему времени специалисты отмечают: мальчик легче вступает в контакт, не требуется повторения заданий, может даже в новом месте вести себя адекватно ситуации. Счет в пределах 100, счетные операции в пределах 10, но нет понятия состава числа. Общее звучание речи: сохраняется скандированность. Расширился понятийный словарь. Слоговая структура речи нарушена. Фонематический слух: выделяет начальный звук, на письме пропускает гласные и согласные при стечении. Грамматический строй речи: простая фраза с аграмматизмами. Связная речь: присутствуют эхолапии, есть и обращенная речь. Чтение: читает по слогам, понимает прочитанное в азбуке. Письмо: пишет слова печатными буквами.

Такие дети, конечно, сохраняют свои особенности и в более позднем возрасте (см. рис.: внутренние страхи, тревога и опасения контактов с внешним миром видны в избытке острых линий, причудливости форм). Наша задача — повысить возможности их социализации, интеграции в детский коллектив, а позднее — во взрослый, если нет реальной возможности полностью избежать контактов в обществе (а ее, конечно, нет).

Катамнез у наших пациентов в целом благоприятный (особенно если аутистическая симптоматика идет как компонент в структуре ЗПР, а не как основной диагноз РДА): индивидуальное обучение в коррекционной школе, речевой школе, даже массовой, если родители и педагоги не опустили руки. Ирония судьбы: двое наших первых пациентов в прошлом году (им сейчас 12—13 лет) проходили обследование у психиатров, которые вели их с раннего воз-

раста с диагнозом РДА, подтвержденным и в Москве, и даже за рубежом. Каков их вердикт? «У аутистов такой выход не бывает, значит, мы ошиблись с первичным диагнозом». Почти цитата из письма «К ученому соседу» А. П. Чехова: «Этого не может быть, потому что не может быть никогда».

Мы довольно часто слышим от родителей, что специалисты разного профиля настоятельно советуют «не тратить деньги попусту, сдать ребенка в интернат» и пр. Иногда такие исходы неизбежны, но пока у нас есть шанс помочь детям и родителям, мы должны его реализовывать. На сегодняшний день у нас под наблюдением около 50 детей с РДА, и попадают они к нам не по направлению учреждений, их приводят в основном наши же пациенты, которым мы помогли. Этот путь оказался более коротким, чем контакты с официальными учреждениями.

В отношении медикаментозной коррекции поведения надо отметить, что практически по ходу первого курса ТКМП или после него наши пациенты постепенно перестают принимать нейрорептики (респолепт, неулептил), поскольку в них отпадает необходимость: дети более контактны, адекватны, управляемы. Снижение дозы нейрорептиков, «придавливающих» не только патологические реакции, но и снижающих уровень бодрствования в целом, постепенно высвобождает внутренние ресурсы ребенка, активизирует его компенсаторные возможности. Лишь двое из наших пациентов перешли с постоянного на сезонный прием препаратов — в период весенне-осеннего обострения, когда дети становятся эмоционально нестабильными, проявляют агрессию к близким, а также реакции аутоагрессии.

Каков предел наших возможностей? Родители обычно так формулируют свой вопрос: «Как рано нужно начинать и как долго нужно делать ТКМП?» Пока еще трудно его обозначить точным сроком. Если речь идет об РДА, то здесь есть свои возрастные особенности. Связано это, как нам кажется, с тем, что онтогенез в большинстве случаев (если не брать в расчет случаи с потерей

слуха, зрения и другие сенсорные дефекты) связан с обучением через речь взрослого. И если у аутистов базовая потребность в человеческом контакте снижена (нарушение коммуникативных функций), то чем дальше от сензитивного периода развития речи, тем меньше вероятность успеха.

В 5—6 лет еще возможно «развернуть» ребенка к эффективному взаимодействию сначала с близкими, а затем и с узким кругом посторонних людей. Но в 8—10 лет, особенно если ребенок и дома никак не проявляет своих познавательных потребностей и навыков: не рисует, не поет, не пользуется компьютером, у него не сформированы бытовые и гигиенические навыки, нет систематического обучения, — вероятность появления позитивных сдвигов в тех пределах, о которых упоминалось выше, минимальная. Времени на то, чтобы перевести эти изменения даже в разряд умеренных положительных, нужно несравнимо больше, а родительские силы к этому возрасту уже на исходе.

Еще один вопрос, который часто задают родители и специалисты: «А он перестанет быть аутистом? Ну хоть когда-нибудь?» На этот вопрос ответ скорее отрицательный, чем положительный. Характеристики поведения, речи, предпочтения в деятельности все равно имеют свои особенности, но проявляются, безусловно, в менее вычурном, более социально приемлемом виде.

Если мы сравним их сегодняшних с теми, какими они к нам пришли, то, как говорят сами родители, «это небо и земля»: с ребенком можно ездить в общественном транспорте, брать с собой в турпоездки, с ним можно «договориться» в спорных ситуациях (он становится более послушным, в хорошем смысле этого слова), он дольше и охотнее занимается. Но! Любая медико-педагогическая комиссия сравнивает его с возрастной нормой, и почти всегда — не в его пользу. И это тоже — реалии нашей жизни. Грустно, что трудности воспитания и обучения таких детей родители тянут практически в одиночку. ■