

Горячева Т.Г.
Никитина Ю.В.

РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ



Метод сенсомоторной коррекции

**Юлия Валерьевна Никитина
Татьяна Германовна Горячева**

Расстройства аутистического спектра у детей. Метод сенсомоторной коррекции

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=42048834
Расстройства аутистического спектра у детей. Метод сенсомоторной коррекции:
ISBN 978-5-98563-573-7

Аннотация

Диагноз «ранний детский аутизм» включает в себя огромный спектр разнообразных и сложно переплетенных нарушений, требующих особого подхода на каждом отдельном этапе развития ребенка. В пособии представлен метод сенсомоторной коррекции таких нарушений. Приведены комплексы сенсомоторных упражнений для различных групп детей с нарушениями аутистического спектра. В основу классификации аутистических нарушений положены периодизация психического развития и законы взаимодействия разных уровней психических процессов. Пособие предназначено для нейропсихологов, дефектологов, психологов, педагогов, работающих с аутичными детьми, а также родителей этих детей.

Содержание

| | |
|---|----|
| Введение | 6 |
| Часть I | 9 |
| Глава 1 | 9 |
| Глава 2 | 23 |
| 2.1. Пренатальное развитие. Кризисные периоды | 23 |
| 2.2. Механизмы формирования базовых примитивных форм поведения | 34 |
| 2.3. Раннее постнатальное развитие. | 40 |
| Нейропсихологические механизмы аутистического синдрома | |
| Глава 3 | 54 |
| Часть II | 63 |
| Глава 4 | 63 |
| 4.1. Организация специальной среды | 63 |
| 4.2. Рекомендуемые нормативы | 64 |
| 4.3. Противопоказания и ограничения | 66 |
| 4.4. Рекомендации родителям | 67 |
| Глава 5 | 72 |
| 5.1. Диагностика уровня социальной дезадаптации | 78 |
| 5.2. Диагностика интенсивности и качества аутистических защит | 79 |

| | |
|--|-----|
| 5.3. Оценка дефицитарных и сохранных психических функций | 82 |
| 5.4. Диагностика ведущего уровня развития психики | 83 |
| Глава 6 | 94 |
| 6.1. Психомоторная коррекция детей с дисфункциями сенсорного уровня развития психики | 94 |
| 6.2. Психомоторная коррекция детей с дисфункциями перцептивного уровня развития психики | 117 |
| 6.3. Психомоторная коррекция детей с дисфункциями уровня телесно-пространственного анализа | 137 |
| 6.4. Психомоторная коррекция детей с дисфункциями эмоционально-волевого уровня | 151 |
| Глава 7 | 165 |
| 7.1. Особенности родителей детей с РАС | 167 |
| 7.2. Рекомендации для специалистов по работе с родителями | 181 |
| Заключение | 193 |
| Литература | 195 |
| Приложения | 200 |
| Приложение 1 | 200 |
| Приложение 2 | 203 |

**Татьяна Германовна
Горячева, Юлия
Валерьевна Никитина
Расстройства
аутистического
спектра у детей. Метод
сенсомоторной коррекции**

© Издательство «Генезис», 2018

© Горячева Т.Г., Никитина Ю.В., 2018

Введение

...Психика не просто проявляется в движении, в известном смысле движение формирует психику...
А.Н. Леонтьев

В детской коррекционной психологии проблема детского аутизма является одной из наиболее актуальных. Это объясняется достаточно высокой частотой встречаемости данной патологии и отсутствием детально разработанной системы психологической помощи.

Частота встречаемости этого нарушения – приблизительно 1 на 1000 детей. В случае отсутствия полного набора признаков раннего детского аутизма говорят об аутистических особенностях. Частота встречаемости расстройств с аутистическими чертами – 0,6–1 % от общего количества детей (Микадзе, 2008).

Вместе с тем в отечественной психологии нет полного и четкого руководства по психокоррекционной работе с такими детьми, включающего в полном объеме и сенсомоторную коррекцию. Коррекционная работа такого рода требует участия ряда специалистов (психологов, дефектологов, логопедов, физкультурников), каждый из которых приоритетно работает над определенной сферой высших психических функций.

Однако простое суммирование когнитивных, двигательных программ и программ эмоционально-личностного развития, без учета структуры дефекта и общих закономерностей развития психики ребенка в онтогенезе, зачастую не приносит желаемых результатов. Если же в ходе дефектологической практики начинают применять двигательную коррекцию без учета роли сенсомоторного базиса в развитии психики ребенка, то это зачастую приводит к выхолащиванию метода. В таком случае работа начинает строиться по принципу «симптом – мишень». При этом упускается из виду то обстоятельство, что моторика ребенка является тем фундаментом, на котором развиваются и с помощью которого связываются между собой различные психические функции.

В основу пособия положены результаты многолетней психокоррекционной работы с детьми, страдающими расстройствами аутистического спектра, и наблюдения за ними. Предложен оптимальный комплекс сенсомоторных упражнений, позволяющих работать с аутичными детьми разного возраста.

Дети, страдающие заболеваниями аутистического спектра, и дети с аутичными чертами нуждаются в своевременной, хорошо организованной психологической помощи и создании более благоприятных условий для их реабилитации в обществе.

Мы надеемся, что данное методическое пособие будет

способствовать оказанию адекватной медико-психолого-педагогической помощи этим детям.

Часть I

Теоретические представления о природе расстройств аутистического спектра (PAC)

Глава 1

Клиническая картина и нейропсихологический анализ мозговых механизмов аутистического синдрома

Аутистическая симптоматика может наблюдаться при многих видах расстройств развития. Согласно МКБ-10, качественные отклонения в социальных взаимодействиях, а также ограниченный, стереотипный, повторяющийся комплекс интересов и действий (как диагностические признаки аутистического синдрома – F.84) наблюдаются при детском аутизме, атипичном аутизме, синдроме Рettта, дезинтегративных расстройствах детского возраста, синдроме Аспергера, гиперактивном расстройстве. Часто подобные расстрой-

ства сочетаются с задержкой психического развития и умственной отсталостью. При коррекционной работе с детьми психолог опирается не на официальный диагноз, а на знание механизмов возникновения и существования аутистических нарушений как таковых. С одной стороны, необходимо понимать, что механизм (принцип) функционирования психики в рамках аутистического синдрома будет одинаков при разных заболеваниях. А с другой стороны, за похожими внешними поведенческими особенностями и нарушениями может стоять разная глубина расстройства, что предполагает разную структуру и динамику коррекционной работы, а возможно, и разные коррекционные задачи. Более подробно структурные и динамические особенности аутистического синдрома отражены в главе, посвященной диагностическому этапу коррекционной работы.

Перечислим основные нарушения, которые наблюдаются у ребенка при наличии аутистического синдрома.

– ***Нарушение общения.*** Общение существенно затрудняют следующие особенности детей: отрешенность, неспособность к рефлексии; ведущая роль влечений, разнонаправленных желаний, отсутствие единства и логики в поведении; отсутствие подражания; монотонно-стереотипный тип поведения; нарушения реакции на комфорт и дискомфорт; ослабление реакции на близких людей; неадекватность аффективных реакций по знаку и интенсивности. Часто ребенок вообще неспособен выстраивать общение.

- **Тревога и страх.** У детей возникает страх перед переменами, тенденция «застревать» в знакомой ситуации. Любое новое пространство и замена вещей приводят к паническому страху и психомоторному возбуждению.
- **Нарушение моторики.** Характерны неуклюжесть, нескоординированность движений, наличие неритмичных движений, тенденции к стереотипным движениям, характерная ходьба на цыпочках.
- **Нарушения речи.** В речи наблюдаются эхолалии, бесвязность, тенденции к манерному словотворчеству, неологизмам, наличие фраз-штампов. Часто встречается нарушение грамматического и синтаксического строя речи; в фразах, как правило, отсутствуют глаголы и местоимения. Речь не направлена на собеседника, в ней нарушены голосовые модуляции, она отличается скандированностью, возможны признаки дизартрии.
- **Особенности восприятия.** Снижена реакция на зрительные и слуховые раздражители, периферическое зрение развито значительно лучше центрального. Во внешнем облике обращает на себя внимание взгляд: направленный в пустоту, внутрь себя, мимо, взгляд с преобладанием зрительно-го восприятия на периферии поля зрения. Характерны тактильные гипер- и гипостезии (повышение/понижение чувствительности к прикосновению).
- **Нарушения цикла сна, извращенный аппетит, изменчивость мышечного тонуса до гипотонии или гипертонии.**

тонии.

Первые признаки нарушения контакта при синдроме раннего детского аутизма могут проявиться уже на первом году жизни: в виде отсутствия зрительного контакта, ответной улыбки при приближении лица, мимических движений. После 1,5–2 лет становится отчетливым нарушение последовательности вытеснения примитивных функций сложными в пределах всех сфер деятельности: в этом проявляется диссоциация развития личности аутичного ребенка. Результатом становится отставание в развитии. Только у 3 % детей интеллектуальное развитие приближается к возрастной норме, у 20 % находится на пограничном уровне. По мере взросления у многих детей (около 20 %) развиваются судороги (Микадзе, 2008).

В отечественной психиатрии (Сухарева, 1955; Башина, 1974) аутизм часто рассматривали в рамках клинической картины «ранней детской шизофрении» либо находили органическую основу некоторых форм аутистических состояний (Исаев, 1969). На сегодняшний день аутизм рассматривается как совершенно отдельное расстройство развития, в основе которого лежит особая форма дизонтогенеза, сочетающая в себе асинхронию и ретардацию одновременно. При ранней детской шизофрении тоже может развиваться аутистический синдром. Кроме того, аутистические симптомы выявлены в клинике больных с синдромами Ретта, Марти-

на-Белл, при фенилпироноградной олигофрении и др. Электроэнцефалографическое обследование (Исаев, 2001) различных групп детей, имеющих в клинической картине аутистические симптомы, позволило выделить общие для всех изменения корково-подкорковой динамики при ведущей роли лимбических структур мозга. По данным энцефалографии, нарушения наблюдаются в основном на гипоталамо-диэнцефальном уровне. С данными электроэнцефалографии коррелируют данные пневмоэнцефалографии в виде увеличения З желудочка, подкорковых и лобно-теменных атрофий.

Попытка проанализировать клиническую картину детского аутизма с позиций учения о функциональной специализации деятельности больших полушарий предпринята В.Е. Каганом (1981). Он рассматривает аутизм как особый вариант атонической формы резидуально-органических нарушений психики (остаточные проявления внутриутробного поражения ЦНС). Анализируя речевое поведение при аутизме, он выделил, с одной стороны, экспрессивно-интонационную бедность и трудности опознания эмоциональной окраски речи других людей, трудности опознания предметных шумов, а с другой – легкость распознавания фонем и быстрое усвоение фонетически сложных структур. Он делает вывод о роли **снижения активности правого полушария** в симптомообразовании при аутизме.

Другая попытка (в рамках поиска неврологических мар-

керов у детей в группе риска развития шизофрении) соотнесения биологических и клинических аспектов отражена в работах А.В. Горюновой (1995). Среди обнаруженных неврологических симптомов у детей из группы риска возникновения шизофрении наиболее распространенными оказались симптомы поражения глазодвигательных, лицевого, языко-глоточного и подъязычного нервов, расстройства в системе иннервации взора, двигательные расстройства вследствие *подкорковой и корковой недостаточности регуляции движений*, вегетативные дисфункции. Расстройства ассоциированных движений и нарушения в системе взора в раннем возрасте встречались у 83,3 % детей. Этот феномен обозначили как атаксию взора: симптом «кукольных глаз», нарушения плавного прослеживания предмета (глазные яблоки совершают толчкообразные движения). Симптомокомплекс двигательных расстройств обнаружили с первого года жизни у 55 % детей группы риска: в виде слабости сосания, поперхивания при сосании, срыгивания, рвоты, икоты, задерживания пищи во рту, особенностей фонации, рефлекторного возникновения рвотных движений при попадании кусочков твердой пищи (при этом глотание не нарушено). Малая двигательная активность на первом году жизни (так называемый удобный ребенок) имела место в 60 % случаев. Другой вариант – двигательная гиперактивность – встречался в 20 % случаев. Часто наблюдалось сочетание этих форм двигательных проявлений, когда при ограничении общей подвижно-

сти отмечалась избыточность движений в конечностях.

В последние годы большое значение придается нейроморфологическим изменениям, зафиксированным в мозжечке. Было отмечено, что у детей с аутистическими расстройствами нарушена координация движений, плохо развита мелкая моторика, имеется склонность к стереотипным движениям. Для них характерно более позднее развитие двигательных навыков. При компьютерно-томографическом исследовании были выявлены морфологические изменения мозжечка, гипоплазия червя мозжечка и ствола мозга, аномалии мозолистого тела (*Симашкова, 2013*).

На основании сравнительного обзора визуальных методов исследования мозга (компьютерная томография), было выдвинуто предположение (*Minshew, 1996*), что в качестве мозговых основ аутизма могут выступать многократные и рассеянные повреждения мозговых структур и их взаимосвязей, включающие прерванное развитие дендритных окончаний в структурах *лимбической системы*, снижение количества нейронов и увеличение числа патологических клеток в *мозжечке*, чрезмерное разрастание задних отделов коры (зрительные поля), а также признаки диффузных нарушений взаимосвязей на уровне коры.

Таким образом, обнаруженные симптомы указывают на различные очаги поражения головного мозга: *область верхнего и нижнего ствола, мозжечка, мозолистого тела; задний продольный пучок, аверсивные поля лобной и височной*

областей, префронтальные отделы, а также на нарушение связей этих отделов мозга с подкорковыми структурами. Большой круг выделенных неврологических симптомов, их изменчивость и синдромологическая неоформленность являются признаками как недостаточности отдельных функций нервной системы, так и нарушения ее интегративных процессов.

Нейропсихологический уровень анализа эффективно дополняет неврологические и нейрофизиологические данные о работе мозговых структур.

В работе Р.М. Джозефа (2006) выделено *три гипотезы* о природе нейропсихологических нарушений при аутизме.

Первая – гипотеза регуляторной дисфункции, в рамках которой аутизм рассматривается как проявление первичного нарушения способности програмировать и контролировать поведение, связанного с дисфункцией лобных долей при аутизме (Rumsey, 1985; Ozonoff, Strayer, 1997). В основу этого тезиса были положены наблюдения, что и у аутистов, и у пациентов с поражением лобных долей наблюдаются трудности при выполнении одних и тех же заданий, требующих программирования и контроля. Однако лобные доли составляют большую часть головного мозга, которая получает информацию от множества других корковых и подкорковых отделов, и данные трудности могут являться лишь следствием нарушения связей. Кроме того, лобные корковые поля как сравнительно молодые филогенетические структуры в онто-

генезе берут на себя регулирующую функцию самыми последними.

Вторая – гипотеза ослабления центрального согласования (*Frith, 1983*). Согласно теории центрального согласования, аутизм характеризуется специфической рассогласованностью интеграции разноуровневой информации и, как следствие, фрагментарностью восприятия. Однако эта теория имеет дело скорее с особенностями когнитивного стиля, а не с нарушением как таковым, чем отличается от других теорий.

Третья – лимбическая гипотеза, согласно которой глубокое нарушение социальных и коммуникативных способностей при аутизме может быть объяснено ослаблением психических функций, ответственность за которые обычно приписывается медиальным отделам височных долей и лимбической системе (*Bauman, Kemper, 1985; Davson, 1996*).

В отечественной психологии нейропсихологическое обследование детей 5–10 лет с разными вариантами аутистических расстройств (*Манелис, 2000*) позволило обнаружить целый спектр нарушений: нарушение зрительного восприятия при сохранности слухоречевой памяти, билатеральные ошибки праксиса позы при сохранности динамического праксиса, нарушения реципрокной координации рук. Такие симптомы указывают на функциональную недостаточность задних отделов правого полушария, несформированность межполушарных взаимодействий, невыраженную спе-

циализацию полушарий.

В связи с открытием зеркальных нейронов были сформулированы две не противоречащие друг другу теории аутизма: теория зеркальных нейронов и теория эмоционального ландшафта.

Вилейанур Рамачандран и Линдсей Оберман (2008) предположили, что зеркальные нейроны, а точнее, нейронные сети, частью которых они являются, не только посылают моторные команды к мышцам, но и позволяют обезьяням и людям определять намерения других индивидов путем мысленного воспроизведения их действий. Если у животных роль этих систем ограничена предсказанием простых целенаправленных действий, то у человека зеркальные клетки могут опосредовать способность к интерпретации более сложных намерений. У пациентов с аутизмом отмечается снижение активности зеркальных нейронов в нижней фронтальной извилине – одном из отделов премоторной коры мозга. Этим обстоятельством можно объяснить их неумение распознавать намерения других людей. Дисфункции зеркальных нейронов островковой и передней поясной коры могут обуславливать неспособность к сопереживанию, а нарушения зеркальной системы угловой извилины – дефекты речи. У людей с аутизмом выявлены также структурные изменения в мозжечке и стволе мозга (см. также Микадзе, 2008).

Теория эмоционального ландшафта объясняет второстепенные симптомы аутизма – гиперчувствительность, избега-

ние визуального контакта с собеседником, чувствительность к определенным звукам и т. д. У обычного ребенка сенсорная информация после переработки в коре направляется в миндалину – главный вход лимбической системы мозга, ответственной за регуляцию эмоционального поведения человека. Используя знания, накопленные ребенком в предшествующие годы жизни, миндалина определяет характер его эмоциональных реакций на каждый раздражитель, постепенно формируя «эмоциональный ландшафт» его окружения. Однако у детей с аутизмом *связи между сенсорными областями мозга и миндалиной* могут быть нарушены, что приводит к развитию экстремальных эмоциональных реакций на самые обыденные события.

Исследование механизмов внимания у детей с аутизмом, проведенное доктором биологических наук Т.А. Строгановой (2014), доказало, что у детей, которым позднее ставился диагноз аутизм, уже в раннем возрасте наблюдались признаки физиологической дисрегуляции возбуждения нервной системы, связанный с *легкими функциональными нарушениями стволовых структур мозга*. Есть два режима регуляции функционирования психической активности таких детей: первый характеризуется высоким уровнем моторного и тонического возбуждения и повышенной вегетативной реaktivностью на внешние раздражители, а второй – наоборот, с пониженным уровнем ответной реакции и тонического возбуждения, который возникает на фоне аутостимуляций и

стереотипий.

Таким образом, многочисленные неврологические, нейробиологические и нейропсихологические исследования указывают на следующие факты, относящиеся к пониманию механизмов формирования аутистического синдрома:

- 1) часть нарушений при аутизме коррелирует с органическим характером мозговых нарушений в виде атрофии лобно-теменных отделов и чрезмерного разрастания затылочных зрительных отделов головного мозга;
- 2) другая часть нарушений, хотя и имеет представленность в подкорково-стволовых отделах, носит функциональный характер и зачастую связана с отсутствием интегративных связей между структурами головного мозга;
- 3) нарушение интегративных связей между структурами головного мозга при аутизме позволяет говорить о неблагополучном прохождении более ранних (возможно, внутриутробных) кризисов развития;
- 4) общая разбалансированность в работе мозга проявляется в виде неотрегулированности процессов возбуждения и торможения, а также изменения чувствительности и реактивности, чем объясняются грубые нарушения произвольного внимания при аутизме;
- 5) эмоциональные нарушения при аутистическом синдроме вторичны, а базой для формирования аутистического синдрома является особый режим функционирования психической активности головного мозга.

Таким образом, становится очевидным, что для понимания особенностей психических функций ребенка с аутистическим синдромом необходимо изучить особенности более «примитивных» способов функционирования психики в пре- и постнатальных периодах развития ребенка. То есть для эффективной коррекционной работы специалисту необходимо понимать и знать законы развития и функционирования психических функций в онтогенезе. Однако практически все концепции психического онтогенеза, разработанные к настоящему времени, не рассматривают период внутриутробного развития. Анализ развития ребенка начинается с этапа новорожденности или младенческого возраста (так, в концепции Л.С. Выготского «точкой отсчета» психического развития является кризис новорожденности). При этом не вызывает сомнений, что родившийся ребенок не только уже обладает психикой, но и демонстрирует довольно высокие функциональные возможности. Например, в первые несколько часов жизни (период подражательных автоматизмов) ребенок может удерживать головку в вертикальном положении, фиксировать взгляд, повторять за взрослым простые мимические движения. Кроме того, данные многих исследователей свидетельствуют о достаточно разнообразных сенсомоторных и эмоциональных реакциях плода, все более усложняющихся в течение эмбрионального развития. Значимость внутриутробного состояния весьма высока как с точки зрения непрерывности развития человека с момен-

та его зачатия, так и с точки зрения возникновения базовых патологий, являющихся последствием нарушения эмоциональных связей в диаде «мать – младенец» и ранних нарушений функционирования нервной системы (*Султанова, 2005*). Рассмотрим периоды внутриутробного развития по-добрее.

Глава 2

Развитие психических функций в онтогенезе

2.1. Пренатальное развитие. Кризисные периоды

Развитие ребенка никогда не бывает ровным процессом. Любая психическая функция развивается неравномерно и на разных этапах развития имеет свои пики, плато и спады (ретрессии). Ведущая функция – это функция, которая регулирует другие (является «дирижером»), отвечает за работу нижележащих функций. На каждом этапе развития появляется своя ведущая функция. Периоды, когда одна главная функция приходит на смену другой и происходит перестройка всех функциональных связей, называются критическими. В это время психика ребенка особенно уязвима к внешним воздействиям, а неблагоприятное прохождение критических периодов развития является богатой почвой для возникновения различного вида патологий. В основе критического периода лежит перестройка внутренних и внешних связей функциональной системы. В каждом критическом периоде функциональная система проходит два этапа. На первом эта-

пе происходит избыточное аксо-дendритное ветвление с образованием избыточных межнейрональных связей. Может возникнуть своеобразный синдром «обкрадывания» близлежащих функциональных систем при развитии приоритетной для данного возраста функции. На втором этапе происходит отбор наиболее эффективных связей и функциональная система становится закрытой.

При аутизме нарушается регулирование психических процессов и функционирование психики происходит другим способом.

Понять причины и механизмы возникновения особого способа функционирования психических процессов и специфику развития детей с заболеваниями аутистического спектра, а также способ их адаптации к внешнему миру поможет изучение внутриутробного периода развития ребенка.

Развитие психики в пренатальный период (до рождения) отличается большей биологической и генетической детерминированностью и меньшей индивидуальной вариативностью; развитие психики тесно связано с формированием мозговых субстратов (снизу вверх, от филогенетически более древних зон к более молодым). При этом для внутриутробного развития характерны свои кризисы, связанные не с внешней средой, а с перестройкой межструктурных связей и переходами к более высоким звеньям регуляции; эмбриональное развитие отражает видовые эволюционные преобразования. Согласно закону зародышевого сходства К. Бэра,

эмбрионы на ранних стадиях обнаруживают общее сходство в пределах типа.

В первые 3 недели беременности развиваются клетки трех видов ткани: эктодерма (нервная пластина), мезодерма (скелетные мышцы) и энтодерма (выстилка внутренних органов). Связь между этими клетками сохраняется всю жизнь.

В 18 дней происходит образование нервной трубы. На этой стадии мозг эмбриона состоит исключительно из ***перивентрикулярной области (ПВО)***, представленной стенками мозговых пузырей (Скворцов, 1995). Отсюда пойдет формирование клеток всех будущих отделов головного мозга, в которых содержится генетически заданная программа развития. В ПВО протекает митоз клеток-прародительниц, обеспечивающих «прицельную» миграцию нейронов к будущим функциональным системам. Молекулярное «узнавание», лежащее в основе раннего нейроонтогенеза, сближает нейроонтогенетические процессы с иммунными. На это время приходится ***первый внутриутробный критический период*** развития, для которого характерна повышенная чувствительность к различным неблагоприятным воздействиям. Исходя из этого, И.А. Скворцов (1995) предложил рассматривать ПВО как отдельную медленную неспецифичную систему мозга, которая, в отличие от других быстрых неспецифических систем (ретикулярной формации, лимбической системы, диэнцефальной области), поддерживающих стабильность интенсивности и ритма мозга, является матричной

формообразующей. Эта матрица обеспечивает рост и созревание мозга. Ответная реакция в этот период реализуется по принципу «все или ничего», т. е. зародыш либо погибает, либо продолжает развиваться без формирования пороков (Скворцов, Селиванова, 2000).

На время **с 3 по 6 недели** беременности приходится *второй критический период* – максимальная ранимость зародыша, еще большая чувствительность к воздействию повреждающих факторов. В 3 недели формируются нервный желобок, среднемозговой изгиб, регистрируется сердцебиение эмбриона. Ритм работы сердца создает дополнительный приток стимуляции для формирующегося мозга. В 3,5 недели происходит смыкание нервных валиков. Неблагоприятные воздействия в этот период приводят к возникновению патологии и в спинном, и в головном мозге (может быть сформирована спинномозговая грыжа в сочетании с гидроцефальным синдромом). В конце этого периода эмбрион приобретает билатеральную симметрию и сегментацию (различимы головной и хвостовой концы эмбриона). Формируется нервный гребень, клетки начинают мигрировать к зонам формирования периферических ганглиев (*периферическая нервная система*). В 26 дней появляется первый черепно-мозговой нерв – подъязычный, дифференцируются моторные ядра: ядро лицевого нерва и афферентные волокна (5–7 и 9–12 нервов). Главное, что именно с этого момента нервная система включается в процесс регуляции развития внутренних органов.

ренных органов и органов чувств. У эмбриона формируются пять мозговых пузырей и диэнцефальный мозг (зачатки гипопокампа; в промежуточном мозге идентифицируются зоны таламуса, эпиталамуса и гипоталамуса; дифференцируются ядра мамиллярных тел). Полушария разрастаются и смыкаются медиальными поверхностями над базальными отделами переднего и промежуточного мозга. Есть все черепномозговые ядра. Начинают дифференцироваться черная субстанция, ядра полосатого тела, субталамическое ядро, ядра миндалевидного комплекса и обонятельные луковицы, зачаток эпифиза. То есть *ствол мозга практически готов*, однако данных о сенсомоторном развитии нет.

В 7 недель формируются *первые синапсы между ретикулярными ядрами заднего мозга и спинным мозгом*, дифференцируются все клетки вестибулярного аппарата, мозжечок интенсивно развивается, и устанавливается его связь со спинным мозгом. Регистрируется кожная чувствительность – отмечается ответная реакция на прикосновение к коже в области губ. Начинает функционировать вестибулярный аппарат. Наблюдаются небольшие медленные плавные движения эмбриона в околоплодной жидкости. Это плавающий тонус: он рождается медленно и нарастает постепенно. Начинается генетически жестко заданная отладка связей между периферической и центральной нервной системами.

В 8 недель возникает комиссура уздечки, зрительная хиазма (обеспечивающая *межполушарное взаимодействие*).

Становится различимо латеральное коленчатое тело, что говорит о включении зрительного анализатора. Происходит ускоренное асинхронное развитие лобных долей (закладывается *неокортекс*). Продолжает развиваться кожная чувствительность. Отмечается ответная реакция на прикосновение к коже по всей поверхности тела (раскрывание рта, движения конечностей и туловища). Регистрируются вздрагивания головы (распространяющиеся иногда и на туловище), которые рассматриваются как дополнительная стимуляция плода.

В 9 недель появляются складка височной доли переднего мозга и волокна свода, соединяющие гиппокамп с промежуточным и средним мозгом. Дифференцируются перекрест пирамидных путей, бугорки четверохолмия (ориентировочный рефлекс), мозжечковая комиссура; начинается формирование эмбриональных борозд головного мозга. Плод может раскрывать рот и заглатывать околоплодную жидкость, что стимулирует развитие проприоцептивной и вкусовой чувствительности. Возникает икота, зевательные движения сочетаются с закидыванием рук или запрокидыванием головы, становятся возможными отдельные изолированные движения рук и ног, наклоны головы.

В 10–11 недель разрастаются наружные корковые отделы, полосатое тело смещается в медиальном направлении и сливается с промежуточным мозгом. Активно развивается паллидарная система: плод становится активным, передвигается, меняет траекторию движения, делает кувырки, вра-

щается. Появляются рефлекторное хождение, контакт руки с лицом, рефлекс Бабинского.

В 16–17 недель происходит окончательное формирование ядер продолговатого мозга: формируются центры, регулирующие сердечно-сосудистую деятельность, дыхание, движения. У плода появляются единичные дыхательные движения, спонтанные вздохи с подниманием рук, высокая двигательная активность: гримаски, движения глаз, изолированные движения кистей, моторные реакции на звуки (больше на низкочастотные). Движения паллидарны, как у рыб, отмечаются симметричные движения конечностей.

Поскольку онтогенез есть быстрое и краткое повторение филогенеза (биогенетический закон Э. Геккеля, 1866), то данный этап внутриутробного развития можно рассматривать как стадию **элементарной сенсорной психики** (Леонтьев, 1999). Стадию сенсорной психики характеризует то, что выделяются процессы внешней деятельности, опосредствующие отношения организмов к свойствам среды, от которых зависит сохранение и развитие их жизни. Выделение этих процессов обусловлено появлением раздражимости к воздействиям, которые выполняют сигнальную функцию. Возникает способность отражения организмами воздействий окружающей действительности в их объективных связях и отношениях. *Научение здесь следует рассматривать как привыкание к ритмическим воздействиям.* Психический образ – это только переживание своего состояния

(есть только внутренний компонент мотива). Из среды отражаются лишь отдельные свойства, деятельность строится согласно этим свойствам, мотив представлен только как изменение состояний напряжения/удовлетворения. Образуются и сохраняются временные связи между этими состояниями. Аффективное переживание на этой стадии связано лишь с ощущением комфорта/дискомфорта. Дискомфорт вызывает мгновенную, смутно переживаемую, двигательную реакцию. Таким образом, ребенок уже прошел два кризисных этапа развития и перешел к стадии сенсорной психики (на которой закладываются основные инстинкты).

В следующий критический период – 18 недель – происходит перестройка функциональных связей в связи с развитием высших центров головного мозга (*медиобазальная кора*), которые начинают регулировать основные формы активности. Активность плода падает, наступает период относительного покоя.

В **20 недель** заканчивается формирование комиссур мозга, происходит разрастание поверхностных отделов мозжечка, формируются связи между клетками вестибулярных ядер и клетками глазодвигательного нерва, начинается миелинизация волокон, передающих импульсы от вестибулярных ядер к мотонейронам спинного мозга. Появляются защитные реакции плода, может быть зарегистрирована спонтанная активность мозга. Наблюдаются латеральные движения глаз.

В 21–23 недели формируется дыхательный центр продолжоватого мозга, обеспечивающий ритмическую смену вдоха и выдоха. Отмечаются адекватные двигательные и эмоционально-выразительные реакции на положительные и отрицательные стимулы *вкусовой, тактильной и слуховой модальностей*. Появляются периоды непрерывных дыхательных движений, сопровождающихся движениями мышц конечностей. Устанавливается цикл сна/бодрствования, часто синхронизированный с материнским. Начинается формирование *нижнего уровня перцептивной психики* (Леонтьев, 1999). Главной характеристикой перцептивной стадии является появление восприятия. В отличие от ощущения, перцепция – это отражение целостных объектов, когда информация поступает сразу от нескольких раздражителей. Появляется обучение по принципу построения простых ассоциативных цепочек (по принципу стимул-реакция). *Этот уровень будет играть важную роль в регуляции поведения ребенка в первые месяцы жизни, во время отработки его приспособительных реакций.* Наиболее аффективно значимыми являются элементарные сигналы внутренней среды, которые, соединяясь с внешними сигналами (на внутриутробном этапе приближенными к внутренней среде), упорядочивают их. Однако ощущения пока смешаны по модальностям (синестезии), и цепочки стереотипов существуют только здесь и теперь (без предвидения будущего).

В 24–25 недель появляются типичные слои коры голов-

ногого мозга. Ребенок, родившийся в этот период, жизнеспособен.

В 26–28 недель развиваются межнейрональные связи между отдельными зонами коры, а также между корой и подкорковыми структурами. Возникает принципиальная, заложенная на будущее, возможность восприятия локализации внешнего объекта с развитием дистантных органов чувств. Появляется простейшая времененная сукцессивная организация впечатлений.

Начиная с **28 недели** плод поворачивает голову по направлению к свету при освещении живота матери, открываются глаза. Повороты тела, движения головы и другие формы активности носят уже произвольный характер – с целью занять более удобное положение в утробе. Отмечается мимическое выражение базальных эмоций (страх, гнев, радость и удивление). Регистрируется шейно-тонический рефлекс. Хватательный рефлекс становится сложной рефлекторной реакцией, сопровождающейся изменением состояния мышц другой руки и туловища.

К **30 неделям** формируются борозды и извилины головного мозга. Сетчатка глаза способна реагировать на электромагнитные волны светового спектра. У плода во сне можно зарегистрировать фазу быстрых движений глаз. Формируется двигательная активность, направленная на принятие положения вниз головой.

В 36–38 недель в различных отделах головного мозга ра-

нее начатое развитие дендритов замедляется с тем, чтобы продолжить интенсивное дендритное ветвление под влиянием постнатальных афферентных воздействий. Плод как бы замирает, хотя дыхательные и глотательные движения сохраняются.

Еще раз отметим, что, поскольку при аутизме нарушается регулирование психических процессов, информация о закономерностях и кризисных периодах внутриутробного развития очень важна для понимания специфики механизмов функционирования психики при различных уровнях развития ребенка с аутизмом, особенностей его адаптации к внешнему миру, а также для грамотного выстраивания коррекционной работы методом сенсомоторной коррекции.

Итак, подведем итоги. В этом параграфе мы:

- рассмотрели, как формируются внутриутробно основные формы инстинктивного поведения;
- описали кризисы внутриутробного развития;
- выделили примитивные стадии развития психики (сенсорную и перцептивную), описали механизмы взаимодействия со средой на каждой стадии;
- отметили, что эти примитивные уровни развития психики ребенка будут «вписаны» в более сложную внешнюю среду и будут являться базисом для формирования более сложных форм поведения;
- выяснили, что особенности функционирования этих уровней и прохождения кризисных этапов развития пси-

хики будут создавать генетически заданную вариативность (вплоть до аномалии развития) психической активности человека;

– пришли к выводу, что для понимания общих закономерностей инстинктивных форм поведения (с нарушениями которых мы имеем дело при аутистическом синдроме) необходимо рассмотреть механизмы формирования этих форм в филогенезе.

2.2. Механизмы формирования базовых примитивных форм поведения

Рассмотрим подробнее, как влияют на поведение человека основные врожденные базовые инстинкты и каким образом осуществляется переход от поведенческих автоматизмов, сформированных внутриутробно, к поведению, направленному на адаптацию к внешним условиям.

Этолог К. Лоренц на основе длительного изучения поведения животных пришел к выводу, что у них есть три основных инстинкта – агрессии, бегства и сексуальности (1994). На их основе и при их взаимодействии возникает то реальное поведение, которое мы видим у животных. У человека эти три инстинкта тоже являются базовыми, то есть лежащими в основе психики и определяющими основные особенности поведения. Инстинкт бегства возникает как защитное, избегающее поведение в ответ на негативные стимулы, его

можно назвать инстинктом самосохранения, на основе которого формируются основные (первичные) психологические защиты. Смысл агрессии состоит в воздействии на окружающую среду таким образом, чтобы обеспечить больше пространства и питательных веществ. В этом смысле агрессия является производной от других базовых инстинктов. У животных агрессия часто служит защитой от хищников, у человека она носит характер осознанной активности, и можно говорить, что в ее основе лежит и такая сложная форма психической активности, как познавательное поведение.

Психолог С. Томкинс (*Tomkins*, 1980), наблюдая за своим маленьким сыном, отметил важный аффект, который он назвал интересом. Интерес активируется влечениями, а также рядом рефлексов: это энергетический стержень голода, сексуальности, ориентировочной реакции. Интенсивность интереса измеряется степенью возбуждения. Большое возбуждение, которое не приносит разрядки, сопровождающееся чувством удовлетворения, вызывает большой дистресс организма. В этом случае аффект интереса исчезает, влечения не подкрепляются, появляются негативные аффекты, которые формируют уже в дальнейшем избегающее поведение. Кроме того, Томкинс вводит понятие «регулирующего» аффекта (удивления), функция которого состоит в прерывании других аффектов и мгновенной переориентации поведения. Таким образом человек справляется с изменчивой окружающей средой, где выживание зависит от того, насколько пси-

хика способна к гибким реакциям. В устойчивом окружении более простые формы жизни выживают благодаря запрограммированному инстинкту. Гибкость же в освоении основных форм поведения возможна только при условии, что все влечения получили нужное удовлетворение, разрядку. При этом психика стремится максимизировать положительные аффекты. Если основные потребности удовлетворены, то уровень возбуждения невысок и выражается в виде интереса: все это служит хорошим основанием для развития познания и игры, в ходе которых психика развивает гибкие реакции и формы поведения. При этом ситуация, в которой находится ребенок, знакома и безопасна (не надо защищаться), а узнавание всегда доставляет мозгу эмоцию радости.

Таким образом, позитивные аффекты (интерес и радость) не только выполняют функцию подкрепления влечений, но и лежат в основе мотивации, памяти, восприятия, мышления и действий. Из этого следует главный принцип эффективного развития психики ребенка – **«принцип избыточности»**: *развитие и формирование высших психических функций ребенка происходит в ситуации удовлетворенности базовых влечений и потребностей на фоне оптимального уровня возбуждения нервной системы в знакомой безопасной среде*. В ситуации дистресса, как правило, на первый план выходят примитивные первичные базовые инстинкты и рефлексы, которые носят жесткий запрограммированный характер.

Избирательность протекания психических процессов мо-

жет быть обеспечена лишь оптимальным уровнем возбудимости коры. Психологические опыты на животных, проведенные Линдсли (*Лурия, 1975*), показали, что раздражение стволовых ядер восходящих активирующих путей ретикулярной формации существенно понижает пороги чувствительности (иначе говоря, обостряет чувствительность) животного и позволяет тонко дифференцировать ощущения, которые ранее не были доступны животным. Известный советский физиолог П.К. Анохин (1973) показал, что существуют отдельные части восходящей системы ретикулярной формации, которые активируют разные биологические системы (пищевые, оборонительные и так далее) и чувствительны к различным фармакологическим веществам.

Дети рождаются с определенным набором безусловных рефлексов, которые активируются внешними стимулами, а моторный ответ формируется в ранней коре восходящими путями из ретикулярной формации. Постепенно они связываются с внутренними стимулами основных базовых влечений (жажда, голод, температурный режим и другое). И если вначале они скорее выполняют функцию защиты, средства выживания для организма, то постепенно начинают играть развивающую роль: основываясь на них, строятся более сложные формы поведения. «Самые первые рефлексы новорожденного никуда не исчезают, они продолжают работать, но уже функционируя в составе формаций высшей нервной деятельности» (*Выготский, 1983*). Это происходит благода-

ря включению в регуляцию рефлекторных процессов нисходящих влияний лимбической области и коры головного мозга. Нисходящее влияние со стороны гиппокампа формируется еще внутриутробно и позволяет в ранний постнатальный период дифференцировать и как бы «отлаживать» основные врожденные формы поведения. На основе этих механизмов формируется ориентировочный рефлекс. При этом для полноценного развития необходимо своевременное созревание не только мозговых структур, но и связей между ними. Важен также вопрос доли воздействия внешней среды с точки зрения сенсорной насыщенности (новизны) как необходимого условия для включения нисходящих влияний на избирательную активацию ретикулярной формации и эффективного формирования адекватных реакций на новые стимулы. Существует много работ, описывающих негативное влияние сенсорной депривации на развитие организма (Lenneberg, 1967; Баэр, 1985; Венгер, 1989). Но в силу объективных трудностей нет данных о влиянии гиперстимуляции на формирование и развитие инстинктивных и произвольных форм поведения.

На основании представлений о дизнейроонтогенетических аспектах в происхождении детского аутизма И.А. Скворцов и В.М. Башина (2000) предложили нетрадиционный концептуальный подход к некоторым механизмам патогенеза аутизма у детей. *Нарушения возникают на этапе перехода от генетически обусловленных и относительно*

независимых от внешней среды поведенческих автоматизмов, обеспечиваемых на пренатальных стадиях развития так называемыми командными нейронами, к постнатальным реакциям, зависимым от афферентных систем и направленным на адаптацию организма к средовым условиям. Нарушение этого перехода приводит к отрыву командных ритмических автоматизмов в различных поведенческих сферах от реальных условий окружающей внешней среды.

Таким образом, можно предположить, что при аутистическом синдроме:

- любой внешний, не вписанный в безусловно-рефлекторный акт стимул запускает ориентировочную реакцию, но обучение по типу привыкания происходит в замедленном темпе, что обусловлено повышенным возбуждением восходящих влияний ретикулярной формации;
- это, в свою очередь, способствует снижению порогов сенсорной чувствительности, что еще больше усиливает процессы возбуждения, формируя как бы «порочный круг»;
- психика начинает защищаться, используя для этого базовые инстинктивные ресурсы, а именно – ритмические, независимые от внешней среды, сформированные пренатально автоматизмы (стереотипии);
- их появление приводит к торможению и регрессу психики на внутриутробный уровень, когда реагирование на внешние стимулы минимальное.

Такой механизм нарушает процессы формирования про-

извольного внимания, дифференциации и познавательных функций, что приводит в большинстве случаев (в зависимости от интенсивности и глобальности процессов) к выраженным задержкам в развитии.

Рассмотрим более подробно, как это будет проявляться в раннем постнатальном развитии ребенка с аутистическим синдромом.

2.3. Раннее постнатальное развитие. Нейропсихологические механизмы аутистического синдрома

В норме **первые 12 часов жизни** ребенка называют «имитационным периодом», когда приобретенные внутриутробные функции еще не угнетены, то есть подстройки к изменившимся условиям (работа руброспинального уровня) еще не произошло. Новорожденный в эти часы еще держит голову, внимательно рассматривает окружающий мир, иногда повторяет некоторые движения взрослых. Это, по мнению И.А. Скворцова (2004), вершина внутриутробного развития, как бы «вынесенная» во внешнюю среду. Все эти автоматизмы управляются системой командных нейронов, расположенных в спинном мозге и в нижних отделах ствола. Автоматизмы связывают в единую двигательную систему шею, туловище, руки и ноги: изменение положения головы автоматически вызывает содружественные повороты ту-

ловища, сгибание руки и ноги на одной стороне. Основная их задача – обеспечить внутриутробную позу плода и подготовить его к преодолению родовых путей матери: совершить в процессе рождения определенное количество движений и поворотов. Иными словами, не только мама вынашивает ребенка и рожает его; ребенок также вынашивается и рождается (Семенович, 2003).

В норме во второй половине первых суток жизни все обрушившиеся на ребенка интенсивные воздействия могут иметь катастрофические последствия для его психики, и в этот момент вступает работа первого уровня, который блокирует ранее имевшиеся функциональные возможности: на первый план выступает **угнетение мозга**. Создается необходимый барьер восприятия, защищающий от большинства раздражителей. Символически мозг ребенка как бы получил необходимый заряд энергии и информации и закрылся для глубокой подготовки всего организма к конкретным условиям жизни. Происходит первичная стабилизация дыхания, работы сердца и сосудов, акта сосания и пищеварения в новых, внеутробных, условиях. Одновременно утрачиваются внутриутробные автоматизмы, кроме базисных (сосания и шагового рефлекса). Двигательный автоматизм, обеспечивающий сгибательное внутриутробное положение плода, после рождения становится помехой развивающимся движениям рук и ног ребенка. Включение стволового уровня приводит к оценке гравитации и включает в работу мышцы-разгибатели.

Запускаются базовые импринтинговые программы, необходимые для сличения генетической программы со специфическим внешним пусковым механизмом (сосательная функция).

Выраженное негативно окрашенное возбуждение и изменение длительности этой фазы – признаки пренатальной дисфункции тонического уровня и «сцепленности» со старыми внутриутробными автоматизмами.

Получается, если при нормальном развитии сосание и тоническая преднастройка к внешнему фактору (груди) осуществляется автоматически, то в случае отсутствия перехода от генетически обусловленных и относительно независимых от внешней среды поведенческих автоматизмов к постнатальным реакциям, направленным на адаптацию организма к средовым условиям, импринтинг будет аномальным. Возможно, пролонгированное исследование имитационного периода, его длительности и особенностей протекания поможет более точно провести раннюю диагностическую оценку риска развития расстройств аутистического спектра.

Со 2 по 12 неделю жизни ребенка происходит наиболее интенсивный и избыточный рост дендритных ветвлений (синаптогенез). Развитие идет от внутренних ощущений к внешним. Вначале ребенок живет в большей степени в мире внутренних стимулов (количество внешних стимулов еще ограничено гипотетическим «стимульным барьером»). Задача ребенка в этой фазе состоит в достижении гомеостаза

посредством преимущественно физиологических механизмов. Мать должна защищать новорожденного от потрясений и травмирования внутренними стимулами, что позволяет ему постепенно переключаться на внешний мир. Мозг в этот момент приобретает возможность пассивно воспринимать различную сенсорную информацию и связывать ее со своими внутренними психосоматическими ощущениями. Ребенок следует за внешним стимулом глазами и головой, заново учится держать голову, разжимать кулаки, то есть происходит отладка и ***подстройка сенсорного уровня*** к внешней среде. И главнейшую роль здесь играет так называемый диалог «мать – ребенок», который представляет собой цикл из последовательности «действие – реакция – действие». Происходит неосознанное целостное взаимодействие двух тел. Ведущим здесь является мотив поддержания внутреннего гомеостаза. На этом этапе еще нет активного поиска раздражений и общения с внешним миром. Мать непосредственно, физически защищает ребенка от перегрузки любого рода (пеленание, тепло, качание, кроватка и т. д.). Она кормит грудью ребенка, как только он проголодается, меняет ему пеленки, то есть предоставляет ему разрядку напряжения. Ведущий аффект здесь: напряжение-разрядка. В этот момент для младенца мать и он сам – это один человек. Мать – это вся окружающая среда, она еще не стала отдельным объектом для него. Вершиной данного этапа развития к 3 месяцам является такое новообразование, как «комплекс ожив-

ления» на новые стимулы, и «совместное внимание», которое является базой для коммуникации, обучения и эмоционального развития. Пролонгация этого опыта как желаемого состояния играет важнейшую роль в психической жизни ребенка.

На этом этапе происходит отбор нужного количества синаптических связей; отклонение в любую сторону будет проявляться в виде широкого спектра эмоциональной патологии на более поздних этапах онтогенеза. Вновь происходит подстройка теперь уже транскортикальных связей стволового уровня (внутри гипоталамо-диэнцефальной области и базальных ядер) к внешним условиям. Здесь закладывается базис для межполушарного обеспечения нейрофизиологических, нейрогуморальных и нейрохимических асимметрий, лежащих в основе соматического, аффективного и когнитивного статусов ребенка.

При патологии вышестоящего уровня или при неадекватном материнском уходе процессы этого уровня будут также развиваться искаженно.

Если сосание и тоническая преднастройка к внешнему фактору (груди) при нормальном развитии осуществляется автоматически, то в случае отсутствия перехода от генетически обусловленных и относительно независимых от внешней среды поведенческих автоматизмов к постнатальным реакциям, направленным на адаптацию организма к средовым условиям, импринтинг будет аномальным. А лю-

бые афферентные поступления станут стимулом для усиления автоматизмов, которые не интегрируются в общую психическую активность, а играют роль самостимуляции. Это, в свою очередь, препятствует формированию целенаправленного взаимодействия с внешней средой.

В будущем для ребенка это будет означать, что любое событие (внешнее или внутреннее, позитивное или негативное), требующее адаптации, будет определяться как стрессор и запускать большое количество возбуждения в нервную систему, замедляя формирование и взаимодействие вышележащих уровней. Выработка новых связей с внешним миром также будет носить характер жесткой «сцепленности», характерной для безусловно-рефлекторных актов, что будет служить физиологическим основанием для формирования в будущем жестких стереотипий в виде моторных ответов как в двигательной, так и в речевой сфере. Эти моторные ответы дают возможность предположить глубокий психический регресс к начальным стадиям внутриутробного развития. Непонятное, «трудное» поведение ребенка вызывает у родителей ощущение, что к их родительской компетенции предъявляются чрезмерные требования, возникает чувство бессилия и вины.

Следующий этап развития (**от 3 до 5–6 месяцев**) связан с *межсировневой перестройкой*, с тенденцией к автоматизации путем отбора минимума функционально наиболее эффективных нейронов, а также ограничения поступления

внешней информации.

Процессы развития и все возрастающая забота матери, кормление, тактильная и вестибулярная стимуляции (пока в большей степени, чем зрительная и вербальная) развиваются у ребенка нелокализованные ощущения своего тела вместе с восприятием внешнего мира. В этот момент происходит хотя бы мимолетное разделение себя и внешнего мира и понимание зависимости от источника вне телесного «Я». Всякий раз, как гомеостаз будет сильно нарушаться, мать, напрямую взаимодействуя с ребенком в едином психологическом поле, будет оказывать помочь и успокаивать младенца, создавая таким образом положительный соматический опыт, связанный с тонической регуляцией эмоционального состояния. В противном случае будут нарушены нейробиологические процессы копирования, являющиеся базисом для двигательной имитации и эмоциональной эмпатии. Многообразие эффективных способов саморегуляции зависит от количества факторов, которые будут расценены мозгом как негативные. Избегание негативных стимулов, защита от них в виде изоляции, снижение многообразия ответных реакций неизменно приводят к функциональному огрублению дендритного дерева. В результате психическая сфера ребенка становится более закрытой, а значительная часть ранее работавших в ней нейронов оказывается функционально блокированной. При аутизме следствием этого является гиперсензитивность, когда практически любой стимул приводит к возврату на то-

нический уровень и к сильнейшим эмоциональным реакциям возбуждения, как правило, с негативным переживанием. При этом успешные способы регуляции матерью состояния ребенка из-за патологии вышестоящего уровня будут впоследствии применяться ребенком в качестве аутостимуляции, то есть носить жесткий, не меняющийся в зависимости от обстоятельств характер, и в конечном итоге задерживать общее развитие ребенка. Это приведет к нарушениям телесных ощущений, фрагментарности восприятия, ибо не устанавливается полноценная связь между внутренними и внешними тактильными ощущениями.

Ранние (до 1 года) признаки, свидетельствующие о риске развития аутистического синдрома:

1) периодами наблюдается недостаток устойчивого внимания и целенаправленных действий (не реагирует на звук, если не видит его источника, не прослеживает взглядом игрушку, не перекладывает из руки в руку погремушку, не пытается подражать, часто не ползает) либо, наоборот, очень долгое (не по возрасту) сосредоточение на внешних стимулах с трудностями переключения;

2) в двигательной активности преобладает самостимулирующая активность (часто раскачивается, стоя на коленях, стереотипно стучит погремушкой, долго и пристально разглядывает «нестандартный» зрительный стимул, например, узор на ковре);

3) периодами наблюдается сильное возбуждение, повыша-

ется чувствительность в зрительной, слуховой и тактильной сферах, наблюдается испуг при резкой смене стимулов;

4) нарушается взаимодействие с матерью: ребенок не ориентируется на лицо матери, больше интересуется деталями ее одежды, радость носит скорее физиологический характер и не несет коммуникативной нагрузки, взаимодействие кратковременное, чаще – как ответ на инициативу мамы.

К концу 1 года жизни вырабатываются все виды внутреннего торможения условных рефлексов, ведущим становится уровень *экспансии пространственного поля*. Восприятие формы, пространства на этом уровне уже сформировано как таковое, движения носят целенаправленный характер. Ребенок активно осваивает координаты пространства: как внешнего, так и собственного тела. Собраны воедино все виды перцепции: тактильная перцепция, проприорецепция, вестибулорецепция, зрение и слух. При контакте с ребенком появляются взаимодействия. Сначала это мимическое взаимодействие, затем уже двигательное, которое обычно заканчивается целенаправленными касаниями (салочки, догонялки). Появляются целенаправленные социальные ритуалы: помахать рукой, чтобы уйти; позвать, чтобы услышали; сстроить гримасу, чтобы поняли. Отмечается активная имитация мелодий, ритмики, быстро увеличивается словарный запас, слова и простые фразы употребляются осмысленно.

Дети, страдающие аутизмом, чаще всего этот уровень так и не проходят, поскольку восприятие у них дезинтегрировано, оно остается фрагментарным. У них отсутствует имитация, а тревога носит глобальный гомеостатический характер (тревога в 8 месяцев часто отсутствует). Развитие же двигательной активности продолжает носить характер ориентировочного рефлекса, развиваются двигательные стереотипии, в речи могут появляться отдельные слова, которые не несут обычной смысловой нагрузки (эхолалии). При прохождении этого уровня с дефицитом предыдущих ребенок становится обучаем через имитацию под контролем, но диапазон его возможностей ограничен либо органическим количеством окончаний дендритного дерева, либо количеством функциональных блокировок, когда обучение происходит только в рамках эмоционально значимых тем.

Ранние (с 1 года до 3 лет) признаки, свидетельствующие о риске развития аутистического синдрома:

1) наблюдается недостаток устойчивого внимания и целенаправленных действий, что проявляется в задержке формирования речи и навыков (ребенок не реагирует на имя, не выполняет имитационных действий, не реагирует на просьбы, не сигнализирует о своих витальных потребностях, не указывает пальцем на интересующий объект и т. д.);

2) в свободной активности больше, чем в норме, наблюдается самостимуляция: привлекают ритмичные стимулы (мигание света, кручение мячика, пересыпание песка; ребенок

разглядывает штрих-коды; бегает по кругу; раскачивается; повторяет одни и те же слова);

3) периодами наблюдается сильное возбуждение, повышается чувствительность в зрительной, слуховой и тактильной сферах, возбуждение выражается в повышении тонуса тела, крике, кусании, других агрессивных действиях, поведение может носить импульсивный и аффективно заряженный характер;

4) нарушается взаимодействие с людьми: ребенок не ориентируется на лицо матери, отношения часто строятся по типу функционального симбиоза (использование матери как неодушевленного предмета); не реагирует на эмоциональные сигналы окружающих; не разделяет собственные эмоции с другими людьми; речь не несет коммуникативной нагрузки.

В дошкольном возрасте (от 3 до 7 лет) развивается **комиссур гиппокампа**, которая обеспечивает интеграцию ощущений разной модальности и памяти, что является основой развития способностей к обучению. Важнейшая функция межгиппокампальных связей – межполушарная организация и стабилизация мnestических процессов, которые отвечают за онтогенез в этом периоде. При нарушении этих связей наблюдается описанный А.В. Семенович (2003) дисгенетический синдром, дисфункция стволовых образований предопределяет функциональную несфор-

мированность правого, а позднее и левого полушарий. В 3–4 года это выражается в наглядном отставании психоречевого развития. В двигательной сфере наблюдаются грубые дефекты всех видов праксиса, накопление амбилиатеральных черт, обилие синкинезий и вычурных поз. В оптико-гностической сфере – инверсия вектора (горизонтального и вертикального), фрагментарность восприятия с тенденцией к левостороннему игнорированию, грубая патология всех уровней пространственных представлений. В мnestической сфере на первый план выступают дефекты избирательности памяти вне зависимости от модальности при относительно сохранным объеме и прочности. В речевой функции – задержка формирования доминантного по речи полушария вплоть до 10–12 лет. В мягком варианте на первый план выступают дефекты фонетико-фонематического анализа на фоне стертой дизартрии. Несформированность самостоятельной речевой продукции с обилием вербальных «штампов» и аграмматизмов. Имеет место задержка обобщающей и регулирующей функций слова.

Следует отметить, что аутистический синдром включает в себя и эти проблемы, но они являются лишь малой частью тех нарушений, которые обусловлены дисфункциями нижестоящих уровней. При этом ребенка с такими нарушениями ни в коей мере не следует рассматривать как задержавшегося на стадии довербальной психики.

Специфические признаки аутистического синдрома в

дошкольном возрасте:

- 1) наблюдается задержка психоречевого развития вследствие недостатка устойчивого внимания и целенаправленных действий. Это проявляется в отставании в двигательном развитии (часто регресс), речевом развитии (появляются слова-штампы), сфере восприятия (наблюдается фиксация на деталях, фрагментарность); в задержке формирования бытовых навыков, которая не коррелирует напрямую с моторными функциями;
- 2) в свободной активности преобладают различные виды аутостимуляций;
- 3) при неудовлетворении витальных потребностей наблюдается сильное возбуждение, повышается чувствительность в зрительной, слуховой и тактильной сферах; возбуждение может выражаться в повышении тонуса тела, крике, кусании, других агрессивных действиях; поведение может носить импульсивный и аффективно заряженный характер;
- 4) нарушается взаимодействие с людьми: не наблюдается ориентации на лицо матери, отношения с ней часто строятся по типу функционального симбиоза (использование матери как неодушевленного предмета), речь не несет коммуникативной нагрузки, ребенок ориентируется на невербальные стимулы, не понимает и не может объяснить свои эмоциональные состояния и потребности.

Мы подробно рассмотрели основные закономерности раннего онтогенеза, описали поведенческие признаки нару-

шения саморегуляции на различных этапах онтогенеза, а также внутренние закономерности функционирования психики при аутистическом типе нарушения развития, поскольку без этой информации невозможно грамотно построить работу с данной категорией детей с использованием метода сенсомоторной коррекции.

Глава 3

Сенсомоторный подход к коррекционной работе

Метод сенсомоторной коррекции основывается на представлении о том, что *воздействие на базовый сенсомоторный уровень развития активизирует развитие всех высших психических функций*. Это согласуется с теорией А.Р. Лурии о трех функциональных блоках мозга.

Хоть он и называется методом сенсомоторной коррекции, *направлен он* в первую очередь не на коррекцию моторики, а *на нормализацию работы первого энергетического блока мозга через движение*. В результате не только создается некоторый потенциал для будущей коррекционной работы, но и активизируется, восстанавливается и простраивается взаимосвязь между различными уровнями и аспектами психической деятельности.

На каждом этапе развития сенсомоторная сфера будет проявляться по-новому и каждый раз решать новые интегративные задачи. Поэтому цель сенсомоторной коррекции состоит не только в формировании сенсомоторного базиса высших психических функций, но и в интеграции разных уровней развития психических функций, и, как следствие, в обеспечении более высокой степени саморегуляции психики

при решении актуальных жизненных задач. Мы представляем комплекс коррекционных телесных, двигательных упражнений по сенсомоторной коррекции для детей с аутистическим спектром нарушений. За основу мы взяли *метод сенсомоторной коррекции* и *метод замещающего онтогенеза* (Горячева, Султанова, 1999; Семенович, Воробьева, 1998; Семенович, 2002), которые в основном успешно используются для решения проблем школьного обучения детей с различными уровнями задержки психического развития. Как мы уже отметили, при проведении сенсомоторной коррекции основной акцент делается на работу с *первым блоком мозга* (дыхательные и глазодвигательные упражнения; упражнения, направленные на нормализацию активационных процессов, снятие тонических нарушений, повышение работоспособности и др.). Методически блок представляет собой адаптированный вариант базовых телесно-ориентированных и специальных двигательных психотехник с усложнением системы саморегуляции. В работе мы опираемся на следующие положения, в основе которых лежат методологические предпосылки теории системной динамической локализации высших психических функций.

1. *Системность организации высших психических функций.* Психической функции в головном мозге должен соответствовать не один фиксированный центр возбуждения, а динамическая система, работающая на основе объединения структурных (мозговых) элементов (А.А. Ухтомский, И.П.

Павлов). В процессе психического развития ребенка не только происходит внутреннее переустройство и совершенствование отдельных функций, но и коренным образом изменяются межфункциональные связи и отношения (Выготский, 1983). Поэтому высшие психические функции не надстраиваются над элементарными процессами, а представляют собой новые системы, где старые функции начинают работать по-новому. Знание факторов, лежащих в основе нарушений и искажений психического развития, важно для построения эффективной программы коррекционной работы. Поэтому при составлении программы необходимо учитывать включение сохранных функций и частично «поломанных» звеньев функциональной системы, которое приводит к качественной внутрисистемной перестройке и, как следствие, к новообразованиям в психике ребенка.

2. *Переход функции из внешней деятельности во внутреннюю (закон интериоризации).* Согласно этому закону, механизмы работы мозга человека формируются в ходе деятельности ребенка во внешнем мире. Центральная нервная система подстраивается под окружающие условия, среда заставляет мозг развиваться и перестраиваться определенным образом, в соответствии с ее требованиями. Для появления новых психических качеств необходимо адекватное сочетание материальной основы психического развития (созревание центральной нервной системы как внутренняя готовность) и изменения средовых (внешних) воздействий. При

заболеваниях аутистического спектра наблюдается высокая степень дезадаптации ребенка в окружающей среде. В связи с этим развивается большое количество защитных реакций в виде аутостимуляций, которые постепенно становятся более сложными по структуре. Со временем они создают для ребенка «вторую реальность», в которой психические функции развиваются изолированно, сами в себе, играя зачастую роль непроизвольной защиты, а не способа изменения или познания реальности. При коррекционной работе также велик риск, что приобретенные навыки не будут интегрированы, не произойдет их обобщения и генерализации. В связи с этим важно подобрать такой способ взаимодействия с ребенком, который бы максимально учитывал актуальный уровень его психического развития (как способа и степени его адаптации к внешнему миру).

3. Уровневая, иерархическая организация движений. Как было сказано ранее, Н.А. Бернштейн – автор теории системного построения движений – продемонстрировал иерархический принцип организации входящих в систему элементов (1947). Эта теория может послужить хорошей структурной моделью для понимания развития и взаимодействия разных уровней других функциональных систем. По мнению Н.А. Бернштейна, в норме премоторные системы работают как своеобразные посредники, устанавливающие и поддерживающие связь между кортикалной и экстрапирамидной системами. (Довольно часто при аутизме наблюдается

дисфункция «кинетической мелодии», когда движение из плавного превращается в толчкообразное, деавтоматизированное.) Кроме того, движение не может быть обеспечено только эфферентными, двигательными, импульсами, существует набор ведущих афферентаций, необходимых для осуществления обратной связи и дальнейшей коррекции движения. С точки зрения мозговой организации это различные структуры анализаторных систем (второй блок мозга) и афферентная часть подкорковых образований, связанная с уровнем активации и мотивационными процессами (внимание, память и эмоции). В эфферентное звено входят структуры, связанные с программой поведения и его регуляцией в ходе выполняемой деятельности (третий блок мозга), и афферентная часть подкорковых образований, связанная с организацией выполняемых действий (первый блок мозга). Таким образом, в состав функциональной системы в качестве обязательных компонентов включены структуры, относящиеся к каждому из трех функциональных блоков мозга. В случае аутистических нарушений реализация действия не включает в себя внутреннюю коррекцию и саморегуляцию. Большинство моторных действий аутичного ребенка зачастую носят либо характер простой двигательной разрядки и являются лишь отражением внутреннего состояния (первый блок мозга) без учета внешних условий, либо целиком подчинены внешним афферентным стимулам в случае полевого поведения. В таких афферентно-эфферентных кольцах

нет никакой регуляции движения и дальнейших коррекции и развития. Возникают стереотипии движений, действий, поведения. Задача коррекции – разорвать эту «закольцованность» (стереотипность) и с помощью включения и активизации третьего функционального блока плавно войти в данную систему в качестве вынесенного вовне действия.

4. *Учет закономерностей развития головного мозга ребенка.* Согласно представлениям о трех функциональных блоках мозга, сначала (в течение первого года жизни) идет созревание блока глубинных структур, отвечающих за активационные процессы и процессы физиологической саморегуляции в организме ребенка. Затем созревают первичные сенсорные и моторные зоны мозга. Созревание вторичных сенсорных и моторных зон осуществляется в период от 2 до 5 лет, что создает условия для обучения в пределах отдельных модальностей. В это время формируются первые схемы действия (третий блок). Затем идет созревание третичной, теменно-височно- затылочной, зоны, дающей возможность переходить на стадию конкретных операций (8–10 лет). Последними (в возрасте 12–14 лет) созревают префронтальные отделы лобных долей, которые способствуют переходу мышления на стадию формальных операций. Принцип гетерохронного развития можно наблюдать и в формировании анализаторных систем. Так, еще в эмбриогенезе закладываются анатомические предпосылки для наиболее раннего становления кожно-кинестетического и двигательного анализа-

торов, что указывает на их приоритетную и базисную роль в развитии психики ребенка. При патологии закономерная смена иерархических связей между уровнями и элементами внутри одной системы, происходящая при переходе от одного этапа развития к другому, становится невозможной или осуществляется на иной, компенсаторной, основе.

Прежде чем непосредственно описать применение метода в работе с отдельными группами детей, мы рассмотрели сенсомоторное развитие ребенка в онтогенезе, чтобы у специалиста сформировалось понимание необходимости следовать рекомендуемой последовательности упражнений и умение видеть на этой основе реальный этап развития ребенка. Мы описали признаки проявления аутистического синдрома на ранних этапах онтогенеза и показали, как нарастает специфическая задержка развития. При коррекционной работе с детьми, имеющими расстройства аутистического спектра, необходимо оценивать как интенсивность и длительность процессов возбуждения и торможения, так и актуальный уровень развития интеграционных процессов (степень способности к целенаправленным действиям), а также степень произвольности/стереотипности защитных реакций. При этом специалисту необходимо понимать, что общая положительная динамика в развитии ребенка в моменты кризиса, сопровождающего перестройку внутренних систем, может даже менять знак, поскольку в это время наблюдается регресс на внутриутробный уровень развития и это может

привести к обострению аутистического синдрома.

Поскольку расстройства аутистического спектра с позиции системного подхода к психическому развитию ребенка (Лебединский, 1990) включают сложную и неоднородную структуру нарушений, мы разделили детей с аутистическими расстройствами на группы, в зависимости от ведущего уровня развития психики как способа взаимодействия с внешним миром. Классификация аутистических нарушений основана на общих закономерностях периодизации психического развития, смене иерархии элементов и межсистемных перестройках. Для каждой группы детей описан свой комплекс сенсомоторных упражнений с учетом роли тех психологических задач, решение которых важно для дальнейшего развития ребенка. Мы постарались сформулировать цели коррекционных задач на каждом отдельном этапе на основе понимания общей структуры дефекта. Исходя из представления о том, что ребенок как бы «застревает» на каком-то этапе развития, можно провести аналогию между специфической нарушения и уровнем развития психики, характерным для определенного этапа, и выделить 4 основные группы в общем спектре аутистических нарушений.

Уровни развития психики, лежащие в основе выделения групп специфических аутистических нарушений:

1. *Сенсорный уровень* развития психики (генетически за-

ложенный внутриутробно в первые 18 недель и отложенный со 2 по 12 неделю постнатального развития), задачей которого является поддержание внутреннего гомеостаза.

2. *Перцептивный уровень* развития психики (генетически сформированный уже к 21–23 неделям беременности и отложенный к 5–6 месяцам постнатального развития), задачей которого является выработка оптимального набора штампов и автоматизмов.

3. *Уровень телесно-пространственного анализа* (генетически сформированный к 24–25 неделям беременности, отладка начинается к концу первого года жизни), задачей которого является целостное овладение как внутренним, так и внешним пространством.

4. *Эмоционально-волевой уровень* развития психики (формируется после рождения, начиная с 3 лет), задачей которого является развитие уже не вертикальных, а горизонтальных межполушарных связей.

С учетом этих уровней мы простраиваем коррекционную работу. Переходим к описанию метода сенсомоторной коррекции с выделением диагностических признаков, целей и задач коррекции отдельно для каждой группы детей.

Часть II

Коррекционная работа с детьми с РАС

Глава 4

Организация коррекционной работы с использованием метода сенсомоторной коррекции

4.1. Организация специальной среды

Занятия проходят в специально оборудованном помещении. Выполнение динамических упражнений комплекса потребует достаточно много места, поэтому занятия следует проводить в помещении большой площади (не менее 25 кв. м), хорошо проветриваемом, так как во время занятий резко увеличивается кислородный газообмен. На полу должен лежать умеренно жесткий ковер, чтобы во время выполнения упражнений ребенок, с одной стороны, не скользил по нему, а с другой – его тело было в интенсивном контакте

с поверхностью. Благодаря этому происходит дополнительный массаж позвоночника, биологически активных точек и всего тела. Возможно, для некоторых упражнений понадобятся большие надувные мячи (желательно воздух в мяч накачать не до конца, так, чтобы мяч был слегка мягким). Используются также центрифуга, различные коврики, тунNELи, одеяла, пуфики, мячи различной тяжести и размера, массажеры, жесткие щетки и другое оборудование для обеспечения широкого спектра тактильных ощущений у ребенка.

4.2. Рекомендуемые нормативы

Возраст ребенка. Занятия можно начинать с 2 лет, но, как правило, в этом возрасте плохо диагностируются расстройства аутистического спектра, и такие дети редко попадают на прием к специалисту. Оптимальным (когда достигается наибольший эффект от занятий) является дошкольный возраст с 4 до 6 лет. Предлагаемые занятия будут эффективны в комплексе общих коррекционных занятий и для младшего школьного возраста. Они также будут полезны и для подростков с РАС, но только в качестве поддерживающей коррекции, сопровождающей гормональную перестройку организма при пубертате.

Режим занятий. В зависимости от возраста и уровня развития, занятие длится от 20 до 60 минут. Частота занятий – 2 раза в неделю. При этом на дом родителю даются отдель-

ные упражнения, которые обеспечивают систематичность и регулярность коррекционной работы.

Срок и форма обучения. Занятия проводятся специалистом в течение одного года. Они могут проходить как в индивидуальной, так и в групповой форме, в зависимости от возраста и уровня развития детей. Комплекс упражнений подбирается для ребенка индивидуально, и даже при групповой работе учитывается приблизительный уровень развития всей группы. Темпы усвоения программы у каждого ребенка индивидуальны. При постановке новых целей и задач или для закрепления достигнутой динамики специалист с родителем в каждом случае индивидуально решает вопрос о необходимости продолжения или повторения коррекционного курса.

Оценка эффективности. Для учета эффективности целесообразно проводить диагностику с помощью тех же методических приемов, которые использовались перед началом коррекции. В связи с этим рекомендуется использовать для первичной и динамической оценки стандартные методики нейропсихологической диагностики. Следует оценивать состояние высших психических функций индивидуально для каждого ребенка по данным нейропсихологического обследования (если такая батарея тестов для него доступна), а также по качеству выполняемых заданий. Для отслеживания динамики усвоения двигательной программы следует воспользоваться таблицами (см. *Приложение 2*), где приведе-

ны упражнения всех комплексов. При этом качественное выполнение упражнения ребенком, хотя и имеет высокую диагностическую ценность, не должно являться основным критерием оценки. Необходима комплексная оценка функционирования психических функций, в том числе и на поведенческом уровне. Поэтому для оценки эффективности рекомендуется использовать данные комплексного обследования ребенка, куда входит информация о психолого-дефектологических обследованиях, осмотре психиатра, медицинской диагностике (например, ЭЭГ). В силу того, что работа часто ведется с маленькими детьми и детьми с тяжелыми эмоциональными нарушениями, важна также и качественная оценка развития ребенка, которую трудно выразить в количественной форме.

4.3. Противопоказания и ограничения

Методика практически не имеет возрастных ограничений, однако с увеличением возраста ребенка эффективность коррекционной деятельности закономерно снижается. Методика рекомендована практически всем детям с диагнозом «ранний детский аутизм», вне зависимости от степени интеллектуального дефекта и владения речью, т. к. обращена в первую очередь к базовым сенсомоторным навыкам. Особенно она полезна детям с низким уровнем символической регуляции эмоций и ограниченными, недостаточными для

директивного обучения ресурсами.

Не рекомендуется самостоятельно начинать работу с детьми, у которых аутистические нарушения сочетаются со снижением порога судорожной готовности, эпилептическими приступами и абсансыми формами эпилепсии, так как многие упражнения, направленные на стимуляцию мышечного и общего тонуса, могут вызвать обострение состояния. В случае когда высокое интеллектуальное развитие сопровождается патологическим функционированием первого уровня в виде страхов, галлюцинаций и другой так называемой продуктивной симптоматики, работать методом сенсомоторной коррекции также *не показано*.

Таким образом, решение о начале работы по методу сенсомоторной коррекции надо принимать во взаимодействии с рядом специалистов (психиатром, неврологом, психологом, дефектологом и др.). Проводить занятия можно только вместе с нейропсychологом, который прошел специальное обучение работе по этой методике и может адекватно оценить уровень развития и состояние ребенка.

4.4. Рекомендации родителям

Занятия требуют регулярности и последовательности и проводятся в тесном сотрудничестве со специалистом. Во-просы по ходу работы приветствуются, ведь потом родителям придется проводить большую часть работы самостоя-

тельно, в домашних условиях. При этом поведение и эмоциональные реакции ребенка будут меняться, и каждый родитель будет сталкиваться с различными трудностями, специфичными для детей с аутистическими особенностями, что потребует значительных энергетических затрат от всех участников процесса. Поэтому важно, чтобы родители, перед тем как приступить к работе, оценили свой ресурс, выделили в режиме дня определенное время для занятий, решили, кто мог бы им помогать (хотя бы на первых этапах).

Для занятий с ребенком **очень важны состояние матери и ее настрой**. Ведь у детей с расстройствами аутистического спектра существует симбиотическая связь с ней, и они полностью зависимы от ее состояния и характера. На занятиях мать смотрит на ребенка, следит за его взглядом, улыбается ему, и рано или поздно он улыбнется ей, вначале – просто получая удовольствие, а затем в ответ.

Не стоит заниматься, если ребенок плохо себя чувствует, капризничает или пытается уйти от контакта. Необходимо прислушаться к ребенку и прикоснуться именно в тот момент, когда он к этому готов. Конечно, при выполнении любого комплекса упражнений важна регулярность. На первых этапах занятия с ребенком всегда очень энергоемки и требуют хорошей физической подготовки и эмоциональной выносливости родителей. Поэтому родители не должны заниматься, если в данный момент сами плохо себя чувствуют. Лучше отдохнуть, чтобы потом полноценно общаться со

своим ребенком. При проведении комплекса важно, чтобы мать чувствовала себя спокойно, свободно и комфортно. Ее прикосновения должны быть надежными, сильными, но при этом нежными и любящими.

Не стоит с первого раза выполнять слишком много упражнений, дайте ребенку привыкнуть, войти в стереотип занятия. Детям, находящимся на 1 и 2 уровнях коррекции, следует регулярно давать отдохнуть от слишком интенсивного телесного контакта, в целом длительность взаимодействия не должна превышать 30 минут. Нагрузка увеличивается постепенно: вначале осваиваются базовые упражнения, затем, если видно, что ребенок не устает, добавляются новые. Их можно варьировать в зависимости от особенностей каждого ребенка.

Нет необходимости делать упражнения против воли – родитель может договориться с ребенком. Не применяйте силу, чтобы заставить ребенка принять ту или иную позу, уровень нагрузки должен быть оптimalен для него.

С детьми, находящимися на 3 уровне, важно соблюдать точную последовательность упражнений и проговаривать ее с ребенком. Родителям важно сделать занятие веселым: желательно сопровождать упражнения стихами, петь песни, уделять ребенку максимум внимания во время занятия.

На последних этапах детям 4 уровня развития к гимнастике добавляются ролевые игры с различными героями, возникающими в воображении ребенка или родителей. Пусть мать

доверится себе и выработает вместе с ребенком тот ритм освоения комплекса, который будет для них комфортным. У каждой пары «родитель – ребенок» он свой. Родители должны постараться получить максимум удовольствия от телесного и эмоционального общения с самым дорогим для них существом – своим ребенком.

В своей знаменитой книге «Что делать, если у вашего ребенка повреждение мозга...» Гленн Доман (2007) пишет: «Родители – это не проблема, родители – это решение». Ведь болезнь затрагивает не только ребенка, а всю его семью, более того, болезнь ребенка зачастую бывает (явно или неявно) продолжением психологической семейной истории на протяжении многих поколений. В связи с этим хочется процитировать абзац из уже упомянутой книги: «Однажды ребенок с отклонениями в развитии (не аутист) задал своей матери вопрос:

– Мама, почему нашей семье выпала такая беда, как я?

Его мать ответила:

– Сын, когда приходит время для рождения неполноценного ребенка, Бог на совете со своими помощниками говорит: “Есть ли достаточно хорошая семья, которую можно улучшить больным ребенком?”».

Предлагаемые занятия помогают развить в родителях те качества, которые до этого были не востребованы, и благодаря этому добиться хороших результатов. Но главную работу проделаю чувства: любовь и понимание того, что вы делаете

и ради чего. Специалист может показать дорогу, поделиться опытом, дать нужную информацию, поддержать в трудную минуту, но идти по этому пути предстоит *самим родителям*.

Глава 5

Диагностика в коррекционной работе

В пятом издании Диагностического статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-5) в разделе о диагностике аутизма произошли важные изменения.

1. Новая редакция DSM упраздняет те формы аутизма, которые выделялись ранее, включая синдром Аспергера. Теперь любая форма аутизма имеет одно название – расстройство аутистического спектра (PAC).

2. Стали выделять лишь две группы симптомов – нарушения социальной коммуникации и повторяющееся/ограниченное поведение.

Подобная диагностическая схема традиционно основана на эмпирическом подходе и нужна для постановки диагноза. Критерии DSM-5 очень важны для социального признания имеющихся у ребенка серьезных нарушений и, следовательно, необходимости оказания ему и всей семье коррекционной и материальной помощи. Однако для коррекционной работы такой вид диагностической схемы малоинформативен. В коррекционной работе всегда необходим дифференцированный подход внутри одной клинически неоднородной группы, какой является группа детей с PAC. Дифференциация, дополнительная классификация в рамках поставленного диагноза, необходима, она имеет большое практическое значение.

тическое значение в связи с использованием различных коррекционных воздействий в разных группах детей с РАС. При этом классификация должна основываться не на внешних критериях, а на анализе внутренних психических процессов. Необходимо фокусировать внимание не только на самих аутистических симптомах, но и на глубинных нарушениях, лежащих в основе искаженного развития. При этом, наряду с признаками искажения психического развития, диссоциации психических функций, мы можем наблюдать явления недоразвития психики, а также дефицитарность отдельных психических функций. Как мы уже отмечали, аутистические защиты встречаются при различных видах психических нарушений: при осложненных формах любой олигофрении, детского церебрального паралича, задержке психического развития и т. д.

Большой разброс нарушений, трудности диагностики, разнообразие поведенческих особенностей зачастую заставляют некоторых специалистов отказываться от какой-либо классификации расстройств аутистического спектра и работать в парадигме поведенческой коррекции. В этом случае диагностика происходит по принципу «выявление набора симптомов – выделение в них дезадаптирующих симптомов – коррекция симптомов». Работа на этом уровне, конечно, помогает многим детям адаптироваться к внешней среде (через создание специальных условий в самой среде). Понимание же того, что стоит за каждым внешним симптомом, опо-

ра на внутренние структуры и индивидуальные особенности обработки информации ребенком необходимы при выборе методов и интенсивности взаимодействия для сохранения спонтанной активности ребенка, развития его собственных интересов и эмоций как базы для его психического развития в целом. Разные типы нарушений могут иметь внешне схожие проявления, симптомы, поэтому очень важно провести тонкую диагностику. Неадекватные внутренней структуре нарушений способы и методы работы (даже если поначалу они дают положительную поведенческую динамику) губительны для психического развития в целом. Неумение ребенка самостоятельно взаимодействовать с окружающей средой (а уж тем более с человеком) приводит к тому, что он не может самостоятельно получать радость от жизни, от отношений, от познания. Например, метод повторения или заучивания для освоения конкретного навыка (без учета развития базовых психических структур) не приводит к осознанию навыка и его спонтанной генерализации (переносу сформированного навыка в другие условия). Как показывает практика, эффективность этого метода очень ограничена. Постоянный контроль взрослого с использованием набора доступных для ребенка позитивных стимулов (конфетка, социальное одобрение) часто приводит к формированию симбиотических отношений, пассивной позиции ребенка в жизни, отказу от развития в целом. Постоянное стремление к динамике при формировании когнитивных или коммуника-

тивных навыков, оценка динамики с точки зрения так называемой «нормы», практической значимости, когда от ребенка все время «чего-то хотят», приводит к исчезновению радости и спонтанности во взаимодействии ребенка и взрослого. Как бы абсурдно это ни звучало, постоянное стремление специалиста к большей эффективности своей работы без учета этапа развития ребенка, как правило, приводит к усилению типичных для данного заболевания защит, стагнирующих развитие. Можно (и даже необходимо) использовать различные методы, но в основе любой коррекционной работы должны лежать динамическая концепция развития ребенка, учет аутистических механизмов функционирования психики и, конечно, диагностика индивидуального «профилья» каждого ребенка.

Направленное психологическое и педагогическое обследование детей с аутизмом чаще всего затруднено тем, что они не вступают в контакт, недерживаются в ситуации обследования, не следуют инструкциям. Поэтому надо, особенно в начале диагностики, стараться более детально присматриваться прежде всего к тем особенностям ребенка, которые можно увидеть, не вступая в прямой контакт. На этом этапе важнее всего уметь наблюдать и делать из своих наблюдений выводы. Структурировать полученную путем наблюдения информацию помогает формализованный протокол, куда заносятся отдельные параметры поведения. Отметим, что диагностические занятия должны продолжаться до

тех пор, пока мы не получим максимально полное представление о спонтанном поведении ребенка, о его реакции на различные раздражители, об имеющихся формах контакта с окружающим миром и т. д.

Ценные сведения о различных сферах жизни ребенка могут дать его родители. Необходимо фиксировать, на что обращают внимание родители, рассказывая о своем сыне или дочери, какие проблемы они выдвигают на первый план. Получая ответ на вопрос о сформированности тех или иных навыков, следует достаточно критично относиться к родительской оценке. Это не значит, что специалист должен проявлять недоверие. Тем не менее соотносить то, что говорят родители, со своими наблюдениями необходимо и, если появляются противоречия в оценках, надо искать их причину. Таким образом, основными методами диагностики являются наблюдение и анализ поведения ребенка в различных условиях, а также опрос родителей.

Диагностика проводится в несколько этапов. Вначале необходимо понять, насколько ребенок дезадаптирован во внешней среде. В случае когда ситуация критическая, необходимо в первую очередь помочь родителям создать для себя и ребенка комфортную окружающую среду. Окружающая среда (прежде чем стать развивающей) должна быть такой, где ребенок и родитель могли бы черпать ресурсы для дальнейшего развития. Важно понять степень интеграции ребенка в среду (наработанные навыки социального вза-

имодействия) и степень интенсивности окружающей среды (сколько людей окружают ребенка, какие социальные учреждения он посещает, сколько специалистов с ним занимаются, сколько времени тратится на дорогу). ***На следующем этапе*** специалисту важно оценить интенсивность и качество аутистических защит, чтобы понять степень устойчивости психической структуры ребенка. Бывает, что ребенок не адаптирован к социальной среде и при этом имеет неглубокие элементы аутистических симптомов, связанные больше с неблагоприятной внешней ситуацией, и тогда работа специалиста иногда заканчивается на организации адекватной внешней среды. Намного сложнее (особенно в случае интенсивных аутистических защит) диагностировать дефигарность отдельных психических функций (***третий этап***). Тем не менее это необходимо делать, особенно в рамках дефектологической работы, для того чтобы понять степень когнитивной сохранности и определить прогноз и направления коррекционной работы. Кроме того, специалисту важно понимать механизмы функционирования психики ребенка, тот уровень, на котором ребенок познает, воспринимает окружающую действительность (***четвертый этап***). Уровень развития психики ребенка отличается от его защитного поведения и напрямую связан с прогнозом его дальнейшей адаптации. Этот уровень часто не зависит от реального физического возраста ребенка. Чем больше разрыв между «навороченными» навыками и истинным уровнем развития, тем

хуже прогноз дальнейшего развития. Специалист должен в своей работе сохранять баланс между формированием навыков и развитием спонтанной активности ребенка.

5.1. Диагностика уровня социальной дезадаптации

В начале любой коррекционной работы в первую очередь выявляют актуальную на данный момент **социальную ситуацию**. В ходе беседы с родителем и наблюдения за родителем и ребенком необходимо получить как объективную, внешнюю картину состояния ребенка, так и субъективную. К **объективным данным** относят: наличие клинического диагноза, данные обследования другими специалистами, информацию о посещении ребенком дошкольного или школьного учреждения, количество взрослых, осуществляющих уход за ребенком, поведение самого ребенка в данный конкретный момент. К **субъективным данным** относятся жалобы, которые предъявляет сам родитель, качество взаимодействия между родителем и ребенком. Может наблюдаться существенная разница между тем, что будет предъявляться родителем в виде жалоб или достижений (что тоже не редкость), и тем, что можно увидеть на первой встрече. Не стоит спешить делать конкретные выводы об уровне развития ребенка и факторах, лежащих в основе полученных данных. Задача этого этапа диагностики – найти те «болевые точки»,

те ситуации, которые являются наиболее «невыносимыми» и дезадаптирующими для семьи в целом. С этими проблемами необходимо работать в первую очередь. Следует оценить, насколько родитель готов к посещению коррекционных занятий, помочь ему сформулировать или переформулировать свой запрос. Чтобы понять, насколько родитель готов включиться в коррекционный процесс (от возможности сотрудничества до возможности приезжать на занятия), надо оценить его собственные психологические ресурсы. Этот уровень диагностики обеспечивает в основном работу с родителем на внешнем поведенческом уровне и, несомненно, необходим, особенно на ранних этапах работы с ребенком (см. главу «Особенности работы с родителями детей с РАС», с. 120).

5.2. Диагностика интенсивности и качества аутистических защит

Следующим этапом диагностики является изучение **способов адаптации каждого конкретного ребенка к внешнему миру**: какие защиты ребенок использует, насколько осознанно и произвольно он ими пользуется, как часто, в каких условиях они возникают, насколько они интенсивны и длительны. Как правило, для расстройств аутистического спектра типичны специфические защиты, которые носят очень жесткий, стереотипный характер, и имен-

но они зачастую являются главной сложностью при проведении коррекционной работы, поскольку являются дезадаптивными по отношению к окружающей среде. Скорее всего, на первых этапах диагностики специалист будет иметь дело именно с этими психологическими защитами от внешнего мира. Если опираться в диагностике только на нарушения адаптации ребенка к окружающему миру, не учитывая уровень его психического развития, то может произойти неправильная оценка ресурсных возможностей ребенка и, соответственно, будут неверно выработаны задачи и методы коррекционной работы. Так, у ребенка с высоким уровнем развития личности могут наблюдаться сильные, но нестойкие дезадаптивные проявления (например, психоз), и наоборот, ребенок может быть весьма адаптирован на определенном уровне или демонстрировать высокие способности в определенной сфере, однако уровень его психического и личностного развития в целом может быть низким. От результатов диагностики будет зависеть выбор методов коррекционной работы и прогнозы ее эффективности.

Аутистические защиты должны оцениваться как динамически (частота, длительность и интенсивность их появления), так и по глубине нарушений. Как правило, чем примитивнее защиты, тем они менее дифференцированы, тем менее зависят от внешней среды и тем больше приводят к дезадаптации ребенка. Основным методом диагностики является наблюдение за ребенком в течение достаточно длитель-

ногого периода и в различных ситуациях. Следует обязательно отмечать, в каких ситуациях и какие именно защиты использует ребенок. Как он ведет себя в стандартных, предсказуемых для него ситуациях, как реагирует на изменения окружающей среды, на попытки контакта. Необходимо получить максимально полное представление о спонтанном поведении ребенка, о его реакции на различные раздражители, об имеющихся формах контакта с окружающим миром и т. д.

В зависимости от глубины нарушений и тяжести состояния ребенка защиты можно условно разделить на две группы: первого (сенсорного) и второго (эмоционального) уровней.

Защиты первого уровня: избегание (полевое поведение, поиск закрытого места), погружение в себя, самоизоляция, сенсорные аутостимуляции (всех модальностей), стереотипии, фантазирование (как зацикленность).

Защиты второго уровня: избегание (как осознанное аффективное отвержение), эмоциональная нечувствительность (отщепление эмоций), отрицание, проективная идентификация, символические (магические) игры и фантазии, неустойчивые попытки вербализации негативных эмоций.

При этом очень важно оценивать степень осознанности и произвольности использования ребенком психических защитных механизмов. Практика показывает, что ребенок с достаточно высоким уровнем развития психики может использовать примитивные психические защиты, но делать это

на другом, более высоком уровне произвольности. Работа с ребенком над осознанием своего эмоционального состояния и своего защитного поведения является важной задачей будущей коррекционной работы.

5.3. Оценка дефицитарных и сохранных психических функций

Важно индивидуально оценить **состояние высших психических функций каждого ребенка**. Это даст возможность оценить в первую очередь «багаж» психических возможностей – сформированные звенья психических функций, на которые можно опереться, а также дефициты и те звенья, которые можно формировать на каждом этапе коррекционной работы. Для оценки потенциально сохранных функций используется наблюдение. В исследовании детей, которым доступны произвольная продуктивная деятельность (даже в малом объеме), понимание инструкции или имитация, рекомендуется использовать стандартные методики нейропсихологической диагностики. Прежде чем приступить к нейропсихологическому обследованию ребенка, специалисту следует выяснить степень нарушения непроизвольного уровня регуляции психических функций (гипо-/гипертонус, синкинезии, тики, стереотипии, пластичность/риgidность действий, колебания внимания, истощаемость, эмоциональный фон); провести оценку уровня про-

извольной регуляции психических функций (программирование и контроль над собственной деятельностью).

Схема нейропсихологического обследования включает основные пробы и тесты, выявляющие нарушения функций праксиса, гноэза, речи, памяти и мышления. Объективное исследование проводится строго по прилагаемой схеме (см. *Приложение 1*). Все наблюдения в процессе проведения проб специалист заносит в протокол исследования. В случае невозможности проведения полного исследования (при исчезновении внимания больного, плохом самочувствии и т. п.) в протоколе необходимо указать номера пропущенных проб. В специальной формализованной таблице (см. *Приложение 2*) представлены краткие описания основного блока упражнений, а также информация по диагностике и коррекционному воздействию.

5.4. Диагностика ведущего уровня развития психики

Понятие «уровень развития психики» связано в первую очередь с такими понятиями, как ведущий способ функционирования психики, типичный способ активности как принцип, или *modus operandi* (образ действия), фактор (*Лурия, 1975*). Психологическое развитие человека в онтогенезе – это в своей основе факторогенез, смена одного ведущего способа функционирования другим. Теория динами-

ческой организации функций строилась на анализе работы левого полушария и рассматривала продукты работы мозга как составляющие звенья функциональных систем ВПФ. Но в нейропсихологических работах (Семенович, 2003) показана роль правого полушария в функционировании психики в целом. Правополушарные функции тесно связаны с понятиями «модели психического» и «схемы тела», восприятием себя, своего тела, а также с особенностями восприятия внешнего мира и взаимодействия с ним. А.В. Семенович говорит о важности перераспределения удельного веса развивающих и обучающих занятий в зависимости от стадии развития у ребенка соответствующих звеньев соматогнозиса. «Данное обстоятельство (имеется в виду факторогенез правого полушария) в соответствии с системно-эволюционными законами: 1) качественно видоизменяет всю структуру вербально-невербальных синтезов; 2) преобразует вербальные процессы; 3) становится базисом для принципиально новых форм саморегуляции» (Семенович, 2003).

Оценка уровня развития психики не подчиняется законам точной науки. Нужно признать, что некоторые аспекты диагностики зависят от теоретических взглядов специалиста, его личностных особенностей, индивидуальной «настроенности» на ребенка. Важны также обстановка кабинета, время работы, контакт с родителем ребенка. То есть на процесс диагностики влияет много разных факторов, в том числе и субъективных, а потому очень важно опираться на объектив-

ные критерии.

Как мы уже отмечали, можно говорить о том, что психика больного ребенка как бы «застревает», оказывается зафиксированной на определенном этапе онтогенеза. Опираясь на эти представления, мы выделили 4 основные группы в общем спектре аутистических нарушений. Напомним их, чтобы было удобнее ориентироваться в комплексах упражнений.

Уровни развития психики, лежащие в основе выделения групп специфических аутистических нарушений:

- 1) *Сенсорный уровень* развития психики (генетически заложенный внутриутробно в первые 18 недель и отложенный со 2 по 12 неделю постнатального развития), задачей которого является поддержание внутреннего гомеостаза.
- 2) *Перцептивный уровень* развития психики (генетически сформированный уже к 21–23 неделям беременности и отложенный к 5–6 месяцам постнатального развития), задачей которого является выработка оптимального набора штампов и автоматизмов.
- 3) *Уровень телесно-пространственного анализа* (генетически сформированный к 24–25 неделям беременности, его отладка начинается к концу первого года жизни), задачей которого является целостное овладение как внутренним, так и внешним пространством.

4) **Эмоционально-волевой уровень** развития психики (формируется после 3 лет жизни), задачей которого является развитие уже не вертикальных, а горизонтальных межполушарных связей.

Признаки сенсорного уровня развития психики

1. Спонтанная активность

- У ребенка выражены признаки мутизма. При сохранности речи ребенок может визжать, подражать голосам животных, издавать странные звуки, отдаленно напоминающие речь.
 - Проявляет крайние формы активности или пассивности, либо активность и пассивность сменяют друг друга.
 - Наблюдается гипертонус или гипотонус всего тела, возможна дистония.
 - Ребенок бесцельно двигается по комнате, обходя все препятствия.
 - Рассматривает окружающие предметы и людей скользящим взглядом (периферическое зрение).
 - Не делает различия между предметами и людьми. Это относится ко всем сенсорным сферам.
 - Не реагирует на себя в зеркале.
 - Улыбка и плач носят внутренний характер (нет явных внешних стимулов, запускающих подобные реакции).
 - Предпочитает для обследования объектов пользоваться ртом, а не руками.

- Для захватывания предмета пользуется двумя руками.
- Не реагирует на исчезновение из поля восприятия объекта, с которым он находился в тактильном контакте.
- Не связывает удовлетворение своих внутренних потребностей с внешним стимулом, не подает коммуникативных знаков о своих внутренних потребностях (голод, туалет, неудобная одежда), при удовлетворении внутренних потребностей аффекты не носят коммуникативной нагрузки.
- Эмоциональные реакции на внешние стимулы есть только в обонятельной сфере, проявляются в виде усиления двигательной активности в ответ на появление запаха еды.

2. Реакции на активное воздействие

- При попытке взрослого остановить ребенка или прикоснуться к нему ребенок испытывает выраженный дискомфорт, который проявляется в виде двигательного возбуждения, крика или аутоагрессии.
- При попытке взрослого привлечь внимание ребенка (визуальный, зрительный контакт) ответная реакция отсутствует. Возможна недолговременная реакция при дополнительной стимуляции со стороны взрослого (лицо напротив ребенка на расстоянии 30–40 см, усиленная эмоциональная экспрессия, помещение лица в рамку).
- Отсутствует реакция на обращенную к ребенку речь взрослого (не поворачивает голову, не откликается).

3. Реакции на изменение внешней среды

- Реагирует на ритмические характеристики внешней среды (по всем модальностям):
 - рассматривает штриховку, узоры, мелкие детали и т. д., расположенные вертикально на стене;
 - пытается схватить ритмически раскачивающиеся предметы, пружинки, погремушки;
 - реагирует на музыку, изменение шумовых порогов (например, усиление гула людских голосов, машин).

Признаки перцептивного уровня развития психики

1. Спонтанная активность

- В речи присутствуют лепет, эхолалии, которые не несут коммуникативной и смысловой нагрузки, слиты с внутренним эмоциональным состоянием ребенка.
- Собственная двигательная активность часто носит ритмический характер (прыжки, кружение, раскачивание). В рисунке появляются каракули.
- Явно предпочитает некоторые предметы в окружающей среде, чаще всего выделяя их по какому-то определенному сенсорному признаку (например, железное или пушистое).
- С удовольствием разглядывает вертикальные изображения, яркие картинки, свое отражение в зеркале; «строит рожи» (но себя не выделяет).
- Помнит то, что ему нравится (знакомые места, игрушки, еда), может предвосхищать события: при появлении то-

го, что нравится, проявляет реакцию радости.

- Исчезновение значимого объекта из поля зрения приводит к выраженной аффективной буре, ребенок не умеет ждать.
- При возникновении любой потребности проявляет выраженную поисковую активность, не обращается за помощью к взрослым.
- Плохо ориентируется в пространстве («работает» преимущественно зрительная память), при движении игнорирует левую сторону (прижимается вправо).
- Эмоционально выделяет мать среди других людей (прижимается к ней). Может инициировать минимальный контакт.

2. Реакция на активное воздействие

- При активной попытке незнакомого взрослого остановить ребенка или прикоснуться к нему ребенок испытывает выраженный дискомфорт, который проявляется в виде избегающего поведения.
- При отсутствии инициативы со стороны незнакомца происходит привыкание.
- Присутствует недолгий зрительный контакт со значимым взрослым.
- Любит тактильные игры со значимым взрослым, «подстраивает» свое тело.
- Эхолалично повторяет за значимым лицом слова, фразы.

Обучение на уровне имитации и глобального восприятия.

- Внешние стереотипы регуляции активности на уровне быта. Реагирует на речь взрослого в рамках стереотипных бытовых ситуаций.
- Быстро вырабатывается условно-рефлекторная реакция: как положительная, так и отрицательная, которая носит жесткий, ригидный и плохо корректируемый характер.
- Можно обучить показывать и называть предметы, но навык не обобщается и не генерализируется. Осмысленное обучение даже на элементарном уровне невозможно.

Признаки уровня телесно-пространственного анализа

1. Спонтанная активность

- Речь в виде фраз, развернутых эхолалий шаблонно и бедно используется для коммуникации в рамках потребностей ребенка.
 - Речь в виде стереотипных шаблонов (повторение фраз-штампов, одних и тех же вопросов, пересказ мультфильмов) используется для отражения своего эмоционального состояния; при этом ребенку важно, чтобы взрослый его слушал.
 - Присутствует конструктивная двуручная деятельность; осмысленно имитирует сложные действия взрослого (функциональная игра).
 - В рисунке появляется примитивное изображение человека.

- Поведение носит активный целенаправленный характер, ребенок настойчив в достижении своих целей. Для достижения целей инициирует контакт со взрослым, смотрит в глаза. Эмоционально выделяет мать, стимулирует контакт с ней, проявляет протест в случае ее ухода.

- Узнает себя в зеркале, осознанно называет свое имя.
- Появляются истинные познавательные интересы в отдельных областях.

2. Реакции на активное воздействие

- Ребенок отвечает на инициативу контакта формально, у него быстро формируются социальные ритуалы.
- Хорошо и быстро обучается через запоминание с опорой на подсказки.
- Попытки активного воздействия, требующие от ребенка поиска самостоятельных решений, вызывают реакции фruстрации.
- При взаимодействии в ситуации неопределенности ребенок ориентируется на невербальные реакции взрослого и его подсказки. Способен усвоить простые правила и запреты при условии положительного подкрепления.
- Плохо переносит непредсказуемость поведения других людей (например, при игре с другими детьми), не понимает чужие потребности, т. к. у него отсутствует социальная мотивация.

Признаки эмоционально-волевого уровня развития

тия

1. Спонтанная активность

- Не наблюдается никаких очевидных трудностей или ненормальностей в общении ребенка со знакомыми людьми.
- В спонтанной деятельности есть сюжетная и символическая игра, которая часто носит агрессивный характер.
- Речь зачастую носит развернутый, рациональный и «псевдовзрослый» характер.
- Ребенок имеет выраженный познавательный интерес.

Практически не наблюдается задержек в развитии.

- Ребенок сравнивает себя с другими и пытается конкурировать. Часто отсутствует чувство дистанции.
- В рисунке есть половозрастная идентификация.

2. Реакции на активное воздействие

- Могут наблюдаться небольшая застенчивость, суеверность или беспокойство в тот момент, когда к ребенку обращаются, но в пределах нормы.
- При возникновении трудностей ребенок реагирует неадекватно возрасту (как более младший).
- Самооценка неустойчива. Очень ориентирован на оценку своей деятельности со стороны значимых взрослых.
- Часто может расценивать внешнее воздействие другого человека как угрозу. Пытается контролировать других людей.
- В формальной ситуации способен выполнять правила и инструкции, т. к. присутствует выраженная социальная мотивация.

тивация к достижению.

В зависимости от выявленного уровня развития ребенка выстраивается коррекционная работа.

Глава 6

Комплексы упражнений для работы методом сенсомоторной коррекции

6.1. Психомоторная коррекция детей с дисфункциями сенсорного уровня развития психики

Сенсорный уровень развития психики – это такая стадия функционирования психической системы, на которой ведущим является сенсорное восприятие количественной характеристики (интенсивности) воздействия извне. На этом уровне основная задача – поддержание внутреннего гомеостаза (комфорта).

Описание ребенка с дисфункциями сенсорного уровня развития психики

При работе с детьми этой группы в первую очередь следует обратить внимание на состояние мышечного каркаса, на напряжение основных мышечных групп. Именно двигательные реакции свидетельствуют об особенностях психической жизни ребенка. Первая характеристика – это *мышечный тонус*, проявляющий себя в позах. Тонические характеристи-

ки носят достаточно устойчивый характер и в дальнейшем встраиваются в образ тела ребенка с последующей интеграцией в единый образ «Я». Для детей этой группы типичны неврологические нарушения в виде эпилепсии и мышечной гипотонии. Гипертонус может блокировать моторику, особенно мелкую, и резко ограничивает способность ребенка к освоению окружающего пространства. Во внутренней жизни это приводит к генерализированному наплыву плохо дифференцированного возбуждения. Атония сохраняет свободной мелкую моторику и чувствительность, столь необходимые для интеллектуального развития на ранних этапах. Она создает предпосылки для формирования интереса к предметному миру, но не к общению. *Движения конечностей симметричные*, т. к. нет еще межфункциональной асимметрии на уровне ствола мозга. Если ребенок падает, то выставляет сразу две руки. Часто бывает хронически напряженной спина как следствие возбуждения мышц-разгибателей. Наблюдаются всевозможные страхи, связанные с вестибулярными нарушениями: тревога падения, страх наклонных поверхностей. Отсутствие эмоциональных контактов приводит к снижению тонуса тела и предметному *полевому поведению* в виде поиска сенсорных впечатлений. Как правило, речь на этом уровне отсутствует. Для выражения эмоций ребенок использует звериный крик (без слез), в спокойном состоянии наблюдаются монотонные вокализации или простые эхолалии. Для рисунка характерны отдельные «импульсивные» разроз-

ненные линии без повторяющихся элементов, границы листа не соблюдаются. *Зрение* носит периферический характер, нет взгляда в глаза. Это связано с тем, что иннервация глаза обеспечивается осевой мускулатурой, связанной со стволом мозга, и при взаимодействии наступает сильное возбуждение с отсутствием целенаправленных движений глаз. Можно предположить, что на этом уровне отсутствует целостное восприятие. Попытки *вступить в контакт с ребенком* приводят к негативному возбуждению с тревогой и телесной дезорганизацией. В качестве психологической защиты появляется необходимость сохранения постоянных стереотипий, построенных на ощущениях одного органа чувств (взгляд, звук). Это связано с тем, что нет еще ощущения внешних границ тела, телесной оболочки.

Цель коррекции: выстроить связи между сенсорной информацией, аффектом и движением, научить отличать приятные прикосновения от неприятных, увеличить сенсорную «выносливость», способность к переработке сенсорной информации.

Задачи коррекции:

- дать достаточную стимуляцию всем сферам сенсорного восприятия;
- усилить процессы чувственного восприятия поверхности своего тела;
- формировать простейшие целенаправленные движения

и элементы двигательного планирования;

- формировать связи между зрительным и тактильным восприятием и аффектом;
- формировать совместное внимание на эмоционально насыщенном материале;
- формировать простейшее взаимодействие с использованием жестов и простых двигательных игр;
- формировать простые последовательности движений в виде навыков самообслуживания.

Особенности коррекционной работы на этом уровне:

- коррекционная работа проводится совместно с родителем в индивидуальном режиме;
- основываясь на результатах обследования ребенка, специалист подбирает сенсорные материалы и оборудование, использование которых приносит ребенку удовольствие (например, для детей, которые любят кружиться, – вращающееся кресло);
- специалист дозирует время занятий и количество упражнений, начиная с 20 минут;
- после каждого упражнения необходимо внимательно следить за состоянием: важно не перевозбудить ребенка и не дать ему полностью уйти от контакта;
- специалист с учетом сенсорного профиля включает ребенка в различные индивидуальные сенсорные способы вза-

имодействия;

- специалист должен достаточно гибко подбирать игры, упражнения, которые адекватны по интенсивности для ребенка (приносят ему удовольствие);
- следует постепенно вводить ребенка в новую ситуацию, планировать последовательность действий, начиная с 1–2 упражнений (объяснить ребенку их последовательность можно, используя визуальные подсказки);
- используются тактильно-ритмические последовательности, различные виды вестибулярного воздействия (батут, качели, гамаки), игры лицом к лицу, игры на формирование координации «глаз – рука», «рука – рот»;
- упражнения на начальных этапах выполняются ребенком пассивно, руками взрослого;
- постепенно взрослый провоцирует собственную целенаправленную активность ребенка и активно подкрепляет ее через отражение эмоционального состояния ребенка и имитацию его движений;
- следует постоянно стимулировать и подкреплять самостоятельное выполнение движений ребенком (даже если упражнение будет сделано некачественно).

| Типичные проблемы | Причины | Действия специалиста |
|---|---|--|
| Ребенок аутостимулирует себя и не включается во взаимодействие | Внутренний дискомфорт, необходимость в аффективной разрядке | Если аутостимулирующее действие носит приемлемый характер (например, кружение), можно попытаться подключиться к ребенку. Если аутостимуляция и возбуждение нарастают, возможно, ребенок плохо себя чувствует и проводить занятие нецелесообразно |
| Ребенок быстро выключается из взаимодействия со специалистом | Быстрое пресыщение в ситуации контакта | Необходимо усилить эмоциональную и ритмическую составляющие контакта для тонизирования психической активности |
| Ребенок эмоционально возбуждается, не может остановиться в игровой деятельности со специалистом | Пресыщение от контакта | Необходимо снизить темп или интенсивность эмоционального взаимодействия (меньше смотреть в глаза и эмоционально комментировать) |

Ожидаемые результаты:

- увеличивается устойчивость к сенсорным нагрузкам;
- появляется внимание к различным сенсорным ощущениям (например, ребенок замирает при появлении новых стимулов, демонстрирует реакцию изумления);
- ребенок тактильно исследует свое тело (начинает с рук, ног);
- формируются координации «рука – глаз», «рука – рот» (приближает руки к лицу, рассматривает; тянет руки,

предметы в рот);

- ребенок эмоционально реагирует на приятные/неприятные ему стимулы – в ответ на них появляются произвольные реакции слежения (поворачивает голову в направлении источника звука, следит за предметом, тянется рукой);
- фиксирует взгляд на лице, появление «комплекса оживления» в виде улыбки;
- нахождение рядом со взрослым комфортно для ребенка, в случае дискомфорта взрослый может легко успокоить ребенка;
- ребенок способен к разделенному вниманию с взрослым;
- появляются простые элементы имитации (как готовность позы тела к привычному приятному взаимодействию).

Примерный комплекс упражнений

Базовые упражнения

Упражнение «Яйцо»¹

Ребенок садится на ковер, подтягивает как можно ближе к себе согнутые в коленях ноги, плотно обхватывает их руками и прячет лицо в колени. Родитель садится сзади так, чтобы ребенок оказался у него между колен, обнимает ре-

¹ Здесь и далее на фотографиях представлены примеры выполнения упражнений учащимися спортивной школы.

бенка поверх его рук, помогая ему удерживать колени, и не спеша, очень бережно наклоняет его к себе. Важно сделать так, чтобы ребенку было комфортно и тепло. Родитель пытается подстроиться под тело ребенка, совместить дыхание, почувствовать, удобна ли ему поза. Для большего расслабления можно использовать релаксационную музыку. Когда нужная поза и ритм дыхания будут найдены, родитель начинает очень осторожно и медленно раскачивать ребенка из стороны в сторону. Это очень сложная и важная задача – дать ребенку почувствовать, что как раз в момент потери равновесия у него есть на что опереться, что его защищают, помогают сохранить себя, что можно довериться и расслабиться.



Примечание. Это упражнение носит как диагностический, так и коррекционный характер и направлено на восстановление эмоциональной связи между ребенком и родителем. Это упражнение необходимо делать в начале любого комплекса сенсомоторной коррекции, но в группе детей с ведущим сенсорным уровнем развития оно будет основным, так как именно качество его выполнения показывает степень

пень нарушения этого уровня психического реагирования.

В норме ребенок как бы вписывается в тело родителя: бедра ребенка плотно прилегают к бедрам родителя, спина повторяет изгибы материнской груди, пара может случайно касаться друг друга щеками (Максимова, 2005). Если ребенок держит спину жестко или прогибается в пояснице назад, отводя руки на уровне плеч в стороны и закидывая назад голову, значит, были нарушения на эмбриональном этапе развития. Приведение ребенка в эту позу вызывает напряжение или расслабление соответствующих позе эмбриона групп мышц, автоматически актуализирует воспоминания, связанные со временем внутриутробного развития. Если напряжение мышц шеи сопровождается выраженным напряжением челюстных мышц, то это указывает на моторные трудности в усвоении речи. Излишнее возбуждение языко-глоточного нерва ограничивает способность к мелким движениям языком и артикуляции.

Во время проведения этого упражнения *важно оценивать не только ребенка, но и маму*: у мамы доверие к миру тоже может быть не сформировано на раннем этапе ее развития или заблокировано вследствие более поздних эмоциональных проблем. В этом случае мать может не отвечать на телесные посылы ребенка. Иногда в теле мамы может возникать сильное напряжение. Это мешает установлению доверия в диаде «мать – ребенок» и тормозит или искаляет дальнейшую коррекционную работу. В таких случаях важ-

но будет предложить маме отдельную встречу с психологом, без ребенка, для прорабатывания всех тех чувств, которые появлялись у нее во время выполнения этого упражнения. В случае низкой степени самонаблюдения у мамы, наличия высокой импульсивности и тревожности, скорее всего, следует временно отказаться от дальнейших совместных с ребенком занятий по телесному контакту. Оптимально проводить это упражнение время от времени, для отслеживания динамики парного взаимодействия «мать – дитя», с дальнейшим обязательным проговариванием и проработкой возникающих чувств.

Примечание. Важно помнить, что ребенок находился до этого на символической «диете», поэтому частоту и интенсивность этого упражнения надо увеличивать постепенно, так, чтобы ребенок мог выдержать количество возбуждения от полученной сенсорной стимуляции. Если этого контакта будет недостаточно, то ребенок уйдет в сенсорные стереотипии. Если сенсорной стимуляции будет много, то у ребенка сформируются негативная реакция и избегающее поведение по отношению к тактильному взаимодействию.

Как правило, дети на этом уровне будут избегать и пугаться легких объятий, но испытывать потребность в сильном, крепком телесном контакте. В момент сильного сдавливания тканей тела происходит перераспределение тонуса мышц. Если сильный тонус и возбуждение тела ребенка встретят

еще большую преграду, то произойдет расслабление мышц и таким образом будет осуществляться процесс регуляции тонуса. Психологически ребенок в данный момент как бы начинает обретать свои телесные границы. Необходимо прижимать к себе ребенка очень крепко, обнимая его тело всей рукой, даже запястьями, как бы чувствуя его косточки.

Упражнение «Качели»

Ребенок лежит на спине, взрослые берут его за руки и за ноги, затем раскачивают в воздухе и осторожно кладут на пол. Необходимо внимательно следить за тем, чтобы не запрокидывалась голова. На начальных этапах при избегании контакта качание можно проводить на одеяле: в этом случае взрослые берутся за углы одеяла.

Примечание. Упражнение направлено на ритмическую стимуляцию внутренних проприоцептивных и вестибулярных ощущений, и на фоне этой стимуляции необходимо сформировать зрительный контакт с ребенком.

Упражнение «Качалочка»

Исходное положение ребенка – лежа на спине. Подтянуть колени ребенка к его груди, а голову ребенка подтянуть к коленям, голени обхвачены руками ребенка. Сделать несколько качаний вперед-назад. На первых этапах упражнение выполняется пассивно, затем ребенок делает его самостоятельно. Упражнение делается под внешний счет до 10 раз.



Примечание. Если ребенок не удерживает голову самостоятельно и стукается ей об пол, это свидетельствует о плохом контроле и атонии мышц шеи. В этом случае родитель придерживает ребенка ниже головы и за сжатые на коленях руки. Часто из-за высокого тонуса позвоночник практически не сгибается, не получается «дуга», либо позвоночник гнется только в определенных местах. Упражнение посредством давления вызывает деконцентрацию – расслабление мышц вдоль позвоночника.

Другой вариант – перекаты в исходной позе то на правый, то на левый бок. Постепенно перекаты становятся все более быстрыми. Это упражнение называется «**Колобок**».

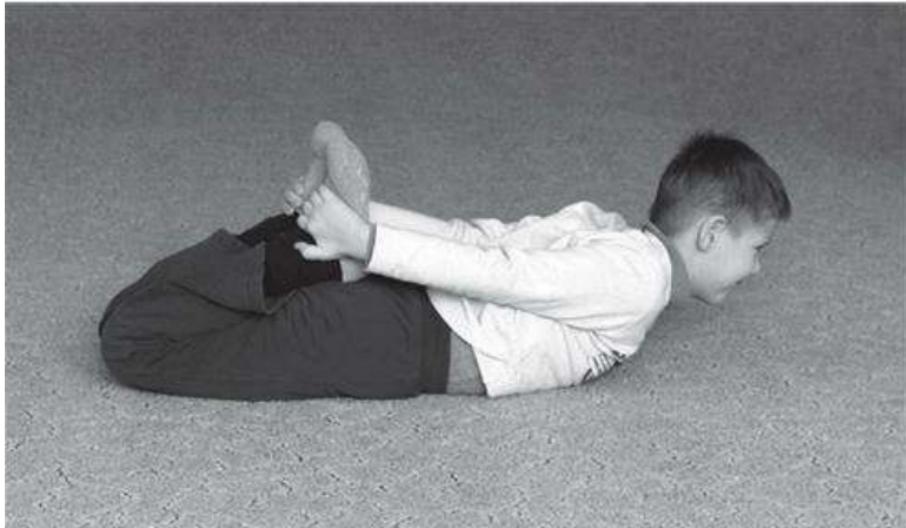
Упражнение «Крыльшки»

Исходное положение – ребенок лежит на животе. Надо сгибать его руки, приводя лучезапястные суставы к плечевым, и одновременно обеими руками делать движения, подобные взмахам птичьих крыльев. Разгибать позвоночник, приподнимая туловище ребенка, поддерживая его за руки, до 10 раз.

Упражнение «Корзинка»

Исходное положение – ребенок лежит на животе. Затем из этого положения он обхватывает свои лодыжки руками за спиной.

На первых этапах следует придерживать захват своими руками. Приподняв его руки и ноги, прогнуть позвоночник ребенка. Слегка покачать вперед-назад (до 10 раз).



Примечание. Упражнения «Крылышки» и «Корзинка» направлены на стимуляцию мышц позвоночника, на их растяжение, расслабление и нормализацию мышечного тонуса .

Упражнение «Бревнышко»

Исходное положение ребенка – лежа на спине, руки и ноги вытянуты. На первых этапах два человека вытягивают тело ребенка в «струнку» и, потянув за руки и за ноги, переворачивают его. Затем ребенок сам перекатывается всем туловищем от одной стены к другой и обратно. Вариант упражнения, когда ребенок, перекатываясь, держит руки по швам, называется «Солдатик».

Примечание. Важно делать это упражнение осторож-

но, постоянно следить за глазами ребенка, так как на первых этапах может возникнуть головокружение – тогда следует снизить скорость и количество подходов. Это упражнение стимулирует проприоцептивные ощущения, улучшает кровоснабжение глубинных структур мозга, особенно мозжечка.

Упражнение «Гусеница»

Ребенок группируется: подгибает ноги и руки под себя, затем две руки выдвигает вперед и вытягивает за руками все тело, выпрямляя ноги. Ребенок должен максимально вытянуться, лежа на животе, и ненадолго зафиксироваться в этом положении, затем снова подтянуть под себя руки и ноги и т. д. Таким образом, происходит передвижение вперед, похожее на движение гусеницы.



Дополнительные упражнения

Упражнение «Поза плода»

Ребенок садится, поджав под себя ноги: подошвы наружу, стопы и колени вместе. Затем наклоняется вперед, чтобы лоб коснулся пола. Руки вытянуты вдоль ног, ладони раскрыты вверх. Оптимально в этой позе надо находиться в течение 2 минут.

Примечание. Упражнения «Гусеница» и «Поза плода» растягивают мышцы туловища, формируются симметричные двуручные целенаправленные движения. За счет сдавливания органов брюшной полости происходит перераспределение тонуса, улучшается кровоснабжение всего позвоночника и головы.

Упражнение «Растяжки»

Ребенок лежит на спине, ноги слегка раздвинуты, руки вдоль тела, ладони раскрыты вверх, спина прямая. Взрослый берет его за одну ногу и немного растягивает ее, то же делает с другой ногой, потом растягивает поочередно руки. Затем ребенок с помощью взрослого растягивает все тело, потягиваясь одновременно двумя руками и ногами.

Примечание. Упражнение направлено на снятие напряжения и зажимов в мышцах.

Упражнение «Кувырки»

Родитель различными способами «роняет», кувыркает ребенка. Поверхность пола должна быть мягкой (маты).

Упражнение «Выгибание»

Родитель садится на стул и сажает ребенка к себе на колени лицом к себе, держит его за руки и медленно опускает назад, прогибая его позвоночник, затем так же медленно поднимает.

Упражнение «Подъем на ногах»

Взрослый ложится удобно на спину, подложив под голову подушку, и сгибает ноги в коленях. Специалист помогает ребенку лечь на ноги взрослого так, чтобы голова находилась на коленях родителя, а ноги свешивались по сторонам. Держать ребенка надо аккуратно и надежно и, контролируя все его движения, осторожно приподнимать его на своих ногах.

Упражнение «Качание на мяче»



Родитель садится на мяч и предлагает ребенку сесть перед ним в такой же позе (спиной ко взрослому). После того как ребенок привыкнет к позе, он садится на мяч самостоятельно. Надо дать ребенку освоиться в таком положении, придерживая его за корпус. Затем осторожно покачать его вверх-вниз. Когда ребенок расслабится, можно осторожно положить его животом на мяч и покачать назад-вперед.

Упражнение «Медуза»

Выполняется на последних этапах комплекса с целью со-здания доверительного контакта между родителем и ребенком. Родитель становится на четвереньки, ребенок сзади подходит к нему и ложится сверху, перекидывая руки через подставленные плечи. Родитель крепко берет ребенка за запястья и в буквальном смысле взваливает его себе на плечи. Можно постоять так минуты 3–4, для большего расслабления ребенка слегка покачать его. Аккуратно поставить ребенка на землю.

Примечание. Упражнение замечательно тем, что способствует, с одной стороны, возникновению доверительного контакта между родителем и ребенком, а с другой стороны – снятию напряжения и перераспределению общего тонуса тела.

Упражнения на сенсомоторные взаимодействия

Упражнение «Найди игрушку»

Ребенок находится в лежачем положении. Следит взглядом за игрушкой (игрушка индивидуально подбирается под ребенка:

размер, цвет, звук; по мере привыкания необходимо ее менять), движения игрушки фиксируются в точках: вправо-влево, вверх-вниз. Для привлечения внимания предмет должен быть ярким, можно использовать конфету. Задача

ребенка – увидеть игрушку, повернуть к ней голову и взять ее.

Упражнение «Поймай “тараканчика”»

Ребенок в лежачем положении ловит рукой «тараканчика» – для этого взрослый шуршит пальцами возле лица ребенка, задерживая руку в точках: вправо-влево, вверх-вниз.

***Примечание.** Обязательно надо следить за плавностью движсения взгляда и за стабильностью удержсания объекта. Следует уделить особое внимание тем областям в поле зрения ребенка, где происходит «соскальзывание» взгляда.*

Массаж ног

Проводится в положении лежа на спине. Взрослый растирает ступни ног ребенка в продольном направлении большими пальцами рук. Нужно растереть и вытянуть каждый пальчик по 8 раз. Затем взрослый делает стопой ребенка круговые движения. Потом скручивает стопу внутрь и поворачивает вокруг своей оси (фикссируя каждую позу). Совершает поглаживающие движения от пальцев ног вверх. Движениями вверх выполняет поглаживание и растирание голени. Скручивание и «выжимание» икры следует чередовать с похлопываниями и разминаниями.

Массаж рук

Проводится в положении лежа. Атоническое состояние

предполагает легкое, поверхностное, тонизирующее воздействие, гипертонус – более интенсивное воздействие. Взрослый одной рукой фиксирует руку ребенка, другой осуществляет поглаживание и разминание руки от локтя к запястью. Поглаживание сменяется разминающим движением: некоторое сдавливание, смещение мышц. Затем взрослый приступает к массажу ладоней, который можно сопровождать известной присказкой: «Сорока-воровка кашку варила, деток кормила, этому дала и этому дала, и т. д.». Пассивная рука массирующего в это время придерживает раскрытую ладонь малыша. Пальцами активной руки взрослый производит поглаживания и разминания, перекладывает каждый пальчик руки ребенка, несильно сжимает и производит круговые движения вокруг пальца. Затем взрослый одной рукой берет запястье ребенка (другой при этом придерживая плечо) и слегка встряхивает его руку.

Работа с мелкой моторикой

Упражнение «Дай руки»

Взрослый садится напротив ребенка на расстоянии вытянутой руки, просит дать ему руки для пожатия. Задача взрослого – быть предельно внимательным к ощущениям: какой у рук тонус, хочет ли ребенок их подавать, как он это делает, сжимает ли руку в ответ на пожатие.

Обратите внимание на постоянный повышенный тонус

рук и мышц плечевого пояса (их тугоподвижность). Это часто связано с нарушениями в шейном отделе позвоночника. На этом этапе очень важен массаж.

Упражнение «Хлопки и встряхивания»

Ребенка надо положить на спину, лицом к себе, и взять его за кисти рук. Поднять руки ребенка вверх, держа за запястья, и попробовать сделать несколько хлопков руками ребенка. Если ребенок не дает поднимать руки вверх (из-за высокого тонуса рук), то не настаивайте, а постучите быстро его руками по полу так, чтобы мышцы полностью расслабились, а затем продолжите упражнение.

6.2. Психомоторная коррекция детей с дисфункциями перцептивного уровня развития психики

Перцептивный уровень развития психики – это такая стадия развития психики, на которой доступно целостное восприятие отдельных объектов, а отработка приспособительных реакций происходит на основании аффективно упорядоченных сигналов из внешней среды.

Описание ребенка с дисфункциями перцептивного уровня регуляции психики

Это уровень развития *двигательных автоматизмов* и

штампов. На этом уровне появляется афферентация собственного тела, кожи, возможность ощущать место прикосновения объекта к телу, появляется управление локомоторными движениями тела. *Зрение и слух* перестают нести функцию сенсорной аутостимуляции и приобретают сигнальное значение. На этом уровне происходит различение света и тьмы, появляется реакция на движущиеся объекты. Развивается непроизвольная мимика, гримаски, пантомима, которые привязаны к внутреннему телесному состоянию. Наиболее аффективно значимыми на этом этапе являются элементарные сигналы именно внутренней среды (например, голод), которые, соединяясь с внешними сигналами (например, еда), аффективно упорядочивают их. Однако ощущения пока смешаны по модальности (синестезии), и пассивные цепочки стереотипов существуют только здесь и теперь. Отсутствует представление о временной перспективе. *Фокус внимания* уже может быть направлен на объект в течение нескольких минут. «Первая улыбка», «чувство кожи» отсылают нас к 3-месячному возрасту развития ребенка. Общение происходит на уровне рефлекторного взаимодействия двух тел, подстраивания друг к другу. Начинается первое взаимодействие рук, наблюдается появление асимметрии во всем теле (ребенок может падать на одну сторону, прижиматься одним боком и т. д.). Появляются игры в виде приближения/избегания, взгляд то пристальный (гиперпроникающий), с приближением, то скользящий, избегающий.

Обратите внимание, что на этом уровне развития ребенок уже выделяет мать (или иного взрослого) как другого, заботящегося о нем. При возникновении потребностей он может брать другого человека за руку, может обращаться за помощью. Может, прижимаясь спиной, как бы просить выполнить с ним упражнение «Яйцо». В отличие от ребенка, находящегося на предыдущем уровне, он обычно с удовольствием сидит в «яйце», но только в рамках собственной инициативы. В игре дети с дефицитом перцептивного уровня любят заключать себя в тесные предметы, туннели, заворачиваться в шторы, прятаться под стол. Интересно, что при переходе на этот уровень первым делом у ребенка начинается осознанная афферентация рта. Такой ребенок часто трогает пальцами рот, губы, начинает исследовать вещи с помощью рта; появляется ритмизированный лепет, эхолалии становятся более развернутыми и отражают эмоциональное состояние ребенка. В игре ребенка с дефицитом перцептивного уровня выражен интерес к трубочкам, к полостям, наполнению и опустошению емкостей, начинается активность по вкладыванию объектов (пазлы, формочки). В рисунке таких детей обнаруживается ритм, рисование кругов и спиралей часто происходит с поддержкой руки. При переходе на этот уровень развития закрепляется пищевое поведение, часто на этой стадии увеличивается аппетит, появляется жадность, стремление забрать себе все, что нравится. Поскольку формирование процессов возбуждения/торможения, соответствующих

предыдущему уровню, происходило медленно, то и на этом уровне развитие процессов «периферия-центр» будет также задерживаться. Основной психический тонус будет зависеть именно от оральной афферентации. Периферические части тела могут игнорироваться, особенно при стрессе. Обратите внимание на то, что такая же дезинтеграция будет наблюдаться в слуховой и зрительной сферах.

Цель коррекции: установление и структурирование телесного «Я» ребенка в отношениях с другим значимым объектом (мамой).

Задачи коррекции:

- стимуляция и поддержание периферической телесной афферентации;
- установление связи вестибулярных ощущений с внешним пространством;
- развитие врожденных форм движения в пространстве относительно других объектов;
- развитие зрительно-моторных и слухо-моторных координаций;
- увеличение времени взаимодействия с ребенком, обучение распознаванию простых коммуникативных паттернов общения;
- развитие совместного внимания и имитации.

| Типичные проблемы при взаимодействии | Причины | Действия специалиста |
|--|---|---|
| Любая проблема (навязна) или препятствие оказывают тормозящее или возбуждающее действие, ребенок стремится спрятаться в укрытии, уходит в аутостимуляции | Ребенок не чувствует себя в безопасности, не понимает, что происходит | Необходимо создать для него безопасные условия в игре, дозировать игровые моменты. Организовать наблюдение ребенка за происходящим. Давать пояснения в отношении происходящих событий с акцентом на причинно-следственные связи |

| Типичные проблемы при взаимодействии | Причины | Действия специалиста |
|--|--|---|
| Ребенок чрезмерно упрен в достижении цели, пытается подчинить и контролировать всех в своей игре | Ребенок воспринимает ситуацию взаимодействия с человеком как опасную, но привлекательную | Необходимо дать ребенку возможность полностью контролировать игровую ситуацию, постепенно снижая «градус» аффективной заряженности «преграды» |
| Ребенок ходит кругами по комнате, не берет игрушки, или игрушки быстро надоедают, разрушает, то, что сделал | Неустойчивость индивидуального игрового пространства, неспособность к его организации | Важно наблюдать, комментировать поведение ребенка, работать над организацией разделенного внимания, постепенно «структурizing» игровое пространство |
| Ребенок при воздействии со стороны неспособен адекватно выразить недовольство (кричит, визжит, может ударить) | Несформированность навыков агрессивного поведения | Взрослый в эти моменты подключается к ребенку, показывая образцы социального поведения, побуждая ребенка договариваться, вырабатывая это умение |
| У ребенка повышенный интерес к «страшным» темам и сюжетам. Например, он ищет страшных впечатлений: палкой ковыряет мертвых животных; смотрит страшные мультфильмы и фильмы, сильно возбуждаясь при этом; говорит о жертвоприношениях, вампирах (длинные, аффективно заряженные монологи) | Ребенок воспринимает опасности и преграды как привлекательные, аффективно заряженные | Выслушивать, но аффективно не включаться в данные монологи, пытаться вносить (через задавание вопросов) элементы логики, стремиться сохранить контакт |

Особенности коррекционной работы на этом уровне:

- коррекционная работа проводится в индивидуальном режиме (присутствие родителя желательно на первых этапах);
- основываясь на результатах обследования ребенка, специалист подбирает сенсорные материалы и оборудование, использование которых приносит ребенку удовольствие (например, для детей, которые любят кружиться, – вращающееся кресло);
- специалист дозирует количество упражнений, начиная с 3–4, постепенно наращивает их количество;
- ребенок способен усвоить план занятия через карточное расписание;
- часть упражнений, в которых ребенок пассивен и активен взрослый (где много тактильного контакта), выполняются дозированно (надо следить за тем, чтобы ребенок не перевозбуждался);
- большую часть активных упражнений ребенок должен делать через имитацию; на этом этапе качество упражнения не важно, важно, чтобы ребенок доделывал его до конца;
- активно используются в работе эмоциональное, пищевое подкрепления;
- для ориентировки в пространстве используются различные визуальные подсказки («ползи к мышке», «встань на коврик»);

– важно учитывать инициативу и интересы ребенка: можно составлять план занятия вместе с ним, перемежая понравившиеся упражнения и игры с менее популярными.

Ожидаемые результаты:

- формируются и развиваются простые причинно-следственные связи;
- ребенок подражает мимики и действиям взрослого, реагирует на его жесты;
- ребенок действует с предметом, подражая взрослому;
- у ребенка появляются двуручные координации (действует с двумя предметами: открывает крышечки, нанизывает кольца на стержень, строит башню);
- появляется указательный жест, которым ребенок регулирует поведение взрослого;
- появляется начальный образ себя (разглядывает себя в зеркале, показывает на себе части тела);
- появляются предпочтения во взаимодействиях со взрослым: ребенок готов повторять понравившиеся формы взаимодействия вновь и вновь, по собственной инициативе.

Примерный комплекс упражнений

Базовые упражнения

Упражнения «Яйцо» (см. с. 76), «Качалочка» (см. с.

79), «Колобок» (см. с. 80), «Крылышки» (см. с. 80), «Корзинка» (см. с. 80), «Бревнышко» и «Солдатик» (см. с. 81), «Гусеница» (см. с. 82).

Дополнительные упражнения

Упражнение «Ползание на животе»

Сначала ребенок ползет при помощи рук и ног, затем с использованием только рук или только ног. Осуществляются одновременные и попеременные движения правой и левой конечностями.



Начальный вариант



При помощи рук



При помощи ног

Упражнение «Туннель»

Родитель становится на четвереньки, а ребенок должен проползти на четвереньках под ним. Вначале ребенок это делает легко, родитель всячески поддерживает и стимулирует его, но по мере приобретения ребенком уверенности в себе родитель начинает постепенно уменьшать расстояние между собой и полом, и ребенку приходится каждый раз прилагать все больше и больше усилий, чтобы проползти под ним.

Упражнение «Выгибание»

Родитель удобно садится на пол (когда упражнение будет освоено, то на стул), ребенка сажает поперек своих бедер и начинает наклонять его назад, поддерживая одной рукой область затылка и шеи, а другой придерживая его ноги, и по-

степенно опускает руки.

Примечание. Если ребенок начинает проявлять беспокойство, то следует сразу вернуть его в исходное положение.

Упражнение «Качание на мяче 2»

Взрослый помогает ребенку лечь на мяче на спину. Важно, чтобы ребенок расслабился, свободно свесил руки, ноги и голову. При выраженных страхах у ребенка следует прекратить упражнение до того момента, когда отношения станут более безопасными и доверительными. Когда ребенок расслабился, нужно, обхватив его бедро и плечо, осторожно покачать его вперед-назад. Впоследствии можно держать ребенка сначала только за бедра, затем только за икры, постепенно увеличивая амплитуду раскачивания так, чтобы ребенок начал касаться руками пола. Голова и шея обязательно должны быть расслабленными.



Упражнение «Медуза 2»

Родитель встает на колени, а затем садится, опираясь на пятки, и просит ребенка встать спиной к его спине. Осторожно берет ребенка за вытянутые вверх руки и медленно наклоняется вперед, увлекая за собой ребенка. Родитель должен чувствовать его затылок, спину и ноги. У ребенка должны быть расслаблены мышцы шеи. Если ребенок начинает поднимать голову, то следует прекратить упражнение и вновь

поставить его на ноги.

Упражнение «Похлопушки»

Можно выполнять под музыку, которая нравится ребенку. Ребенок ложится на живот, а взрослый ритмично, под музыку, похлопывает его кулаками по телу, начиная с ног и поднимаясь выше. Вместо кулаков можно хлопать ладонями. Интенсивность и сила ударов меняются в зависимости от чувствительности ребенка. При похлопывании называется та часть тела, которая стимулируется.

Упражнение «Шагали наши ножки»

Ребенок лежит на спине лицом к взрослому. Взрослый берет руками его стопы и совершает ими вращательные и реципрокные движения, имитирующие ходьбу.

Упражнение «Велосипед»

Ребенок лежит на спине лицом к взрослому. Взрослый берет руками его стопы и пассивно выполняет его ногами движения, имитирующие езду на велосипеде. Вращение выполняется вначале вперед, затем назад.

Упражнение «Побежали»

Ребенок лежит на животе. Взрослый берет руками его стопы и пассивно сгибает в коленях так, чтобы пятки ребенка касались ягодиц. Движения выполняются одновременно

и реципрокно.

Упражнение «Стойка на плечах»

Ребенок лежит на спине лицом к взрослому. Взрослый берет ребенка за икру и медленно поднимает его ноги до тех пор, пока ребенок не будет упираться в пол только плечами. Осторожно качает ребенка за ноги из стороны в сторону.

Упражнение «Кузнецик»

Ребенок лежит на животе. Взрослый берет руками его голени и приподнимает прямые ноги так, чтобы появился прогиб в пояснице, а передняя часть тела оставалась расслабленной.

Примечание. Выполняется с осторожностью и только в том случае, если нет противопоказаний врача-ортопеда .

Упражнение «Кобра»

Ребенок лежит на животе, лицом вниз, ладони упираются в пол около плеч. Затем ребенок опирается на прямые руки, как можно больше прогибая спину назад, медленно поднимает голову и смотрит вверх. Потом, поворачивая голову, поочередно смотрит на правую и левую ноги через плечо.

Упражнение «Локоток-колено»

Ребенок лежит на спине. Взрослый придерживает его руки и ноги, чтобы одновременно с активными рукой и ногой

не двигались конечности, которые должны в этот момент находиться в покое. Ребенок касается локтем колена: сначала – одноименными рукой и ногой (левым локтем – левого колена, правым – правого), затем – разноименными (левым локтем – правого колена, правым – левого). Вначале упражнение выполняется пассивно, с помощью взрослого, затем уже самостоятельно.

Упражнение «Уйди»

Ребенок лежит на спине и поднимает полусогнутые ноги вверх, уперев ступни в живот родителю. Родитель начинает своим весом давить на его ноги, проговаривая, что, если ребенку не нравится, он может его прогнать («Скажи: “Уйди!”»), таким образом стимулируя ребенка прогнать с криком взрослого, отбросить его ногами.

Примечание. Упражнение можно выполнять только в конце занятий для этого уровня развития, при условии, что у ребенка низкий уровень тревожности. В ходе этого упражнения весьма вероятно падение родителя, и важно, чтобы он был готов сам позаботиться о своей безопасности: болезненные ощущения родителя не должны быть заметны ребенку.

Упражнения на сенсомоторные взаимодействия

Упражнение «Найди игрушку» (см. с. 84).

Упражнение «Поймай “тараканчика”» (см. с. 85).

К **массажу рук** (см. с. 85) можно добавить растирание с помощью разнообразных контрастных средств: жестких и мягких щеточек, горячих и холодных предметов, мягких и колючих шариков и специальных массажеров, различных тканей и т. п. Можно стимулировать тело, дополнительно воздействуя на него пальчиковыми красками, глиной, утяжелителями, лейкопластырем.

После **массажа ног** (см. с. 85) взрослый трет стопы ребенка одну о другую, стучит одной о другую, а затем о пол. Вначале одновременно, затем реципрокно. На этой стадии важно проговаривать, что взрослый массирует именно ножки, просить ребенка дать ножки для массажа.

Постепенно можно подключать элементы *самомассажа*, делая его перед зеркалом.

Упражнение «Мытье головы»

Ребенок слегка расставляет и немного сгибает пальцы рук. Кончиками пальцев обеих рук массирует (как бы моет) голову в различных направлениях: от лба к макушке, от лба к затылку, от ушей к шее.

Упражнение «Рыбки»

Ребенок берет правой рукой верхнюю губу, а левой – нижнюю. Выполняет одновременные и разнонаправленные дви-

жения рук, растягивая губы вверх, вниз, вправо и влево.

Упражнение «Умывание»

Ребенок руками проводит по лицу сверху вниз, слегка на-
жимая, как при умывании.

Упражнение «Ушки»

Ребенок растирает свои уши, как будто они замерзли, раз-
минает их снизу вверх и сверху вниз до покраснения.

Упражнение «Тик-так»

Медленные наклоны головы со словами «тик-так» вле-
во-вправо и со словами «часики сломались: так-тик» – впе-
ред-назад. Следить, чтобы не двигались плечи; если будет
возможность, лучше зафиксировать их.

Работа с мелкой моторикой

Упражнение «Портрет ладошки»

На лист бумаги взрослый кладет ладошку ребенка и, под-
держивая другую руку ребенка, помогает обводить ладошку
карандашом. Внимательно рассматривает вместе с ребенком
то, что получилось. То же проделывается с другой рукой.
Аналогичное упражнение можно делать и с ногами.

Упражнение «Хлопки»

Взрослый садится напротив ребенка и призывает его совместно хлопать в ладоши: вначале каждый хлопает в свои, а затем – соединяя свои ладони с ладонями партнера. Важно замечать силу хлопка: насколько ребенок готов принимать ваши хлопки или хлопать по вашим ладоням. Задача этого упражнения – наладить взаимодействие друг с другом так, чтобы ребенок стал более устойчив к чужим интервенциям и начал сам более активно осваивать чужое пространство.

Упражнение «Замок»

Взрослый садится напротив ребенка и призывает совместно похлопать в ладоши. При этом инициатива хлопка идет от взрослого, который при хлопке пропускает свои пальцы сквозь пальцы ребенка. Затем пальцы сгибаются и складываются в «замок».

Упражнение «Подвижные суставы рук»

Ладони ребенка фиксированы руками взрослого «замком», выполняются пассивные вращения рук ребенка вначале в плечевом суставе, затем в локтевом и в кистях. Вращательные движения производятся вначале в одном направлении, затем – в противоположном. Перед каждым вращением руки можно потрясти, добиваясь расслабления.

Упражнение «Домик»

Сложить пальцы ребенка «домиком» (каждый палец ка-

сается одноименного пальца другой руки) перед грудью. Ребенок надавливает одной рукой на другую, сначала обеими кистями, затем каждой парой пальцев.

Упражнения на имитацию

Упражнение «Мишка косолапый»

Под детский стишок «Мишка косолапый» ребенок и взрослый имитируют медвежью косолапую походку, слегка раскачивая корпус с частичной потерей равновесия и поочередно поднимая ноги.

Упражнение «Паровозик»

Ребенок помещается между двумя взрослыми, все встают друг за другом. Каждый участник, кроме первого, придерживает впереди стоящего за бедра, и таким образом все трое начинают передвигаться по комнате, имитируя движение паровоза («Чух-чух-чух»), затем «гудят» («У-у-у»).

Упражнение «Самолет»

Взрослый и ребенок бегают по кругу, расправив руки-«крылья».

6.3. Психомоторная коррекция детей с дисфункциями уровня телесно-пространственного анализа

Уровень телесно-пространственного анализа – это такая стадия развития психики, на которой осуществляется корковое торможение непосредственной инстинктивной двигательной разрядки и становится *доступен телесно-пространственный анализ внешних стимулов*.

Описание ребенка с дисфункциями уровня телесно-пространственного анализа

Восприятие пространства на этом уровне уже сформировано как таковое. Соединены воедино все виды перцепции: тактильная, проприорецепция, вестибулорецепция, зрение и слух. Обратите внимание на качество установления адекватного зрительного контакта. При контакте с ребенком появляются взаимодействия. Сначала это мимическое взаимодействие, затем уже двигательное, которое в игре обычно заканчивается касаниями (салочки, догонялки). Движения становятся целенаправленными: посмотреть, чтобы увидеть; прислушаться, чтобы услышать; протянуть руку, чтобы потрогать или взять. Появляются устойчивые социальные ритуалы: помахать рукой, чтобы уйти; позвать, чтобы услышали; сстроить гримасу, чтобы поняли. Ребенок активно осваива-

ет координаты как внешнего пространства, так и пространства собственного тела. В поведении это должно проявляться в двигательно-координатных исследованиях своего тела: ребенок любит «складываться», трогать ноги. На этом уровне ребенок выделяет мать как отдельный объект, который очень важно контролировать. У ребенка вновь возрастает потребность в материнской надежности. Родитель рассматривается как защитник, ребенок с удовольствием контактирует с ним, держится за его руку. Появляются игры с убеганием и возвращением, в том числе кидание и возвращение каких-либо предметов. В поведении должны появиться цепеполагание, выражение собственного желания; слово «нет» теперь уже звучит осознанно, появляется осознанный указательный жест. Отмечается активная имитация мелодии, ритмики, быстро нарастает словарный запас. Но наряду с осознанной речью зачастую сохраняются вокализации, полуслова и игры с повторением слогов (да-да, ти-ти). Появляется эмоциональное заражение, без возбуждения, активное сознательное подражание. Обратите внимание, что мимика может быть утрированной, ребенок пытается отразить свои основные эмоции осознанно. Вместо крепких объятий появляются касания, поглаживания, жесты. В мелкой моторике становятся доступными тонкие движения кистей: ребенок может самостоятельно пользоваться ножницами, штриховать, обводить. Восприятие и внимание уже должны соответствовать уровню развития ребенка от 1 до 2 лет. Это уже

восприятие целостного объекта, а не отдельных его свойств. Начинается первичное соотнесение сходства/различия. Появляется интерес к серийности, дублированию, противоположностям. Ребенок уже способен выстраивать во времени длинные цепочки последовательностей.

Цель коррекции: овладение сферой целенаправленного осознанного движения.

Задачи коррекции:

- разномодальная сенсорная стимуляция по просьбе ребенка (формирование осознанной системы желаний и целей);
- развитие зрительно-моторных и слухо-моторных координаций;
- установление связи всех видов перцепции, формирование схемы тела;
- стимуляция собственной целенаправленной двигательной активности ребенка;
- формирование двигательного планирования, получение удовольствия от игр и занятий;
- развитие совместного внимания с имитацией и эмоциональным заражением от других детей;
- формирование понимания значения эмоциональных сигналов от других людей.

| Типичные проблемы | Причины | Действия специалиста |
|---|---|--|
| Ребенок аутостимулирует себя и не включается во взаимодействие | Внутренний дискомфорт, потребность в аффективной разрядке | Дать ребенку возможность восстановить комфортное состояние, не реагировать на его поведение. Затем привлечь внимание к расписанию. Если аутостимуляция и возбуждение нарастают, возможно, ребенок плохо себя чувствует и проводить занятие нецелесообразно |
| Ребенок быстро выключается из взаимодействия со специалистом | Быстрое пресыщение в ситуации контакта | Необходимо усилить эмоциональную и ритмическую составляющие контакта для тонизирования психической активности |
| Ребенок эмоционально возбуждается, не может остановиться в игровой деятельности со специалистом | Пресыщение от контакта | Необходимо снизить темп или интенсивность эмоционального взаимодействия |

| Типичные проблемы | Причины | Действия специалиста |
|---|--------------------------------|---|
| Ребенок отказывается от выполнения упражнений, становится агрессивным | Деятельность ребенка неприятна | Возможно, мешают коммуникативные проблемы. В этом случае адекватно введение альтернативных коммуникативных систем, с помощью которых ребенок сможет выражать свои желания. Повторить с ребенком план занятия. Дать возможность ребенку проявить свою инициативу: выбрать альтернативное упражнение или усилить подкрепление для выполнения нужного упражнения |

Особенности коррекционной работы на этом уровне:

- коррекционная работа может проводиться как в индивидуальном, так и в групповом форматах;
- на этом этапе ребенок хорошо работает по плану, расписанию, на которые можно опираться при проведении занятия;
- можно начинать с полного комплекса упражнений, к каждому изменению в комплексе необходимо готовить ребенка через расписание;
- ребенок начинает делать упражнения через имитацию, и вначале качество выполнения упражнения не важно (важно, чтобы ребенок доделывал его до конца);
- в работе активно используются эмоциональное, пище-

вое подкрепления для стимуляции качества выполнения упражнений;

– важно учитывать инициативу и интересы ребенка: можно составлять план занятия вместе с ним, перемежая понравившиеся упражнения и игры с менее популярными.

Ожидаемые результаты:

- упражнения выполняются самостоятельно, ребенок может работать по простому плану;
- ребенок может работать в группе детей, может им подражать, соревноваться;
- ребенок способен к целенаправленной деятельности, начинает ориентироваться на результат;
- координации становятся более дифференцированными, тонкими, активно развивается графическая деятельность;
- ребенок ориентирует свое тело в пространстве (по инструкции), схема тела сформирована, появляется рисунок человека;
- приносят удовольствие эмоциональные реакции и оценка своих действий другими людьми;
- ребенок замечает играющих рядом детей и эмоционально реагирует на них.

Примерный комплекс упражнений

В комплекс упражнений для 3 уровня входят основные упражнения 1–2 уровней, к которым постепенно добавляют-

ся новые.

Базовые упражнения

Упражнение «Яйцо» (см. с. 76).

Упражнение «Яблочко»

Это модифицированный вариант упражнения «**Качалочка**» (см. с. 79): ребенок сидит, сложив вместе ступни ног и развернув колени наружу. Он начинает вращаться всем корпусом (можно с помощью рук) по часовой стрелке, а затем – против. На этапе освоения упражнения взрослый активно помогает ребенку, поддерживая его ноги.

Упражнения «Колобок» (см. с. 80), **«Гусеница»** (см. с. 82), **«Локоток-колено»** (с. 95) выполняются по инструкции уже самостоятельно.

Упражнения «Крыльшки» и «Корзинка» (см. с. 80).

Упражнение «Бревнышко» (см. с. 81) можно делать с перекатыванием через взрослого или в группе детей – друг через друга.

Дополнительные упражнения

Упражнение «Ползание на животе» (см. с. 92).

Упражнение «Велосипед» (см. с. 94) можно делать в паре с взрослым. Надо лечь стопами друг к другу, соединить ноги и совершать движения, имитирующие езду на велосипеде.

Упражнение «Ползание на спине»

Ребенок ползет на спине без помощи рук (руки в «замочке» перед собой) и ног (ноги выпрямлены), совершая движения всем корпусом; голова при этом приподнята.

Упражнение «Ползание на четвереньках»

Ребенок ползает на четвереньках вперед-назад с опорой на колени и кисти выпрямленных рук, затем – с опорой на колени и локти.

Упражнение «Обезьяна»

Ребенок передвигается на четырех прямых конечностях (как обезьяна).

Упражнение «Пылесос»

Ребенок ползет вперед и назад, сидя на ягодицах (руки за

головой).



Упражнение «Каракатица»

Ребенок стоит на четвереньках спиной вниз, с опорой на прямые руки, таз приподнят, и таким образом передвигается вперед-назад.

Упражнение «Кошка»

Ребенок стоит на четвереньках, опираясь на колени и ладони. На вдохе отводит голову назад и прогибает позвоноч-

ник вниз. На выдохе – шипит: подбородок прижат к груди, спина выгнута вверх, как у кошки.

Упражнение «Рыбка»

Ребенок встает на четвереньки, опираясь на колени и ладони. Одну ногу выпрямленной отводит назад, затем водит ею (как циркулем) вправо-влево. Глазами, через плечо, ребенок следит за движением ноги, взгляд направлен на ступню.

Упражнение «Вертолет»

Ребенок сидит на полу, ноги скрещены (схоже с позой лотоса), руки держатся за плечи (или расставлены в стороны). Свободные повороты влево-вправо. По возможности максимально скручивать позвоночник (на выдохе).

Упражнение «Бабочка»

Ребенок садится и сгибает ноги в коленях, разводит их в стороны. Захватывает сложенные подошвами стопы руками. Пяtkи должны быть как можно ближе к ягодицам. Двигает ногами, как крыльями бабочки.

Упражнение «Лодочка»

Ребенок лежит на животе, руки вытянуты вперед. Поднимает одновременно руки, ноги и голову вверх. Он делает это сам, по инструкции, которую надо проговаривать («подними руки, ноги» и т. д.). Первой поднимается та часть тела,

которая вызывает наибольшие трудности при удерживании. В этой позе ребенок должен оставаться около 10 с (ведется счет). Затем выполняется упражнение «Лодочка» на спине: ребенок поднимает голову, руки, чуть согнутые ноги. В этой позе ребенок должен оставаться около 5 с (ведется счет). Постепенно время удержания поз увеличивается до 2–3 минут.

Дыхательные упражнения

Если уже освоены описанные выше упражнения и тонус тела практически нормализован, то можно подключать дыхательные упражнения. Эти упражнения способствуют улучшению газообмена, кровообращения, актуализируют речевой потенциал и являются основой для формирования в будущем базовых составляющих произвольной саморегуляции. Вначале упражнения можно выполнять лежа, затем сидя.

Упражнение «Почувствуй ветерок»

Поставьте ладошку ребенка перед его носом или ртом так, чтобы он почувствовал свое дыхание. «Когда мы выдыхаем, то на ладошку дует ветерок, если выдох быстрый – ветерок холодный, если медленный – теплый. Когда делаем вдох, то ветерка нет, но мы можем ощутить запах ладошки». Пусть ребенок подышит так некоторое время, отслеживая свои ощущения.

Упражнение «Дыхание с перышками»

Поднесите к носу ребенка мягкие пуховые перышки (так, чтобы они колебались от дыхания ребенка). Предложите по-дуть на них и последить за их движением. Если вдох и выдох будут долгими, то движение перышек будет более заметным.

Упражнение «Ныряние под воду»

Предложите ребенку веселую игру «ныряние»: нужно глубоко вдохнуть через нос и задержать дыхание, зажав нос рукой, затем медленно выдохнуть ртом и снова задержать дыхание. Важно, чтобы в ходе упражнения все тело, кроме диафрагмы и живота, было неподвижным.

Упражнение «Клич индейца»

Ребенок на выдохе издает звук и пальцем или всей ладонью перекрывает воздушную струю так, чтобы получился звук ветра или клич индейца.

Упражнение «Распевание»

Ребенок поднимает руки вверх на вдохе, на выдохе – медленно опускает вниз (вначале можно помогать ему), пропевая при этом отдельные звуки: звук «а-а-а» очень полезен для расслабления, если ребенок сильно возбужден; звук «о-о-о» – это средство общей настройки организма, нормализации тонуса; звук «и-и-и» – стимулирующий, возбуждающий.

Упражнения на сенсомоторные взаимодействия

Усложняются упражнения на глазодвигательный репертуар (см. с. 84–85). Отработка движений глаз по четырем основным направлениям (верх, низ, право, лево) сочетается с одновременным и аналогичным движением языка в ту же сторону, что и глаза, затем – в противоположную. *Обратите особое внимание* на то, что движения глаз и языка должны быть синхронными.

Работа с мелкой моторикой

На этом этапе будет очень эффективна пальчиковая гимнастика (Рузина, 2004; Семенович, 2007 и др.). Репертуар упражнений здесь зависит только от вашего выбора. Но рекомендуется вначале использовать упражнения на праксис поз и постепенно подключать упражнения на динамический праксис и реципрокную координацию.

На последних этапах можно постепенно добавлять упражнения, направленные на развитие внимания и осознание схемы тела.

Упражнение «Изучаем себя»

Встаньте с ребенком перед зеркалом и предложите ему

называть части тела, дотрагиваясь до них: начиная с головы и заканчивая пальчиками ног. Показывайте ребенку плавные, поглаживающие движения. Можно проговорить, что мы умеем делать, например: ногами, руками; выучить названия пальцев и т. д. В конце упражнения предложите ребенку порадоваться своему телу. Вместе с ребенком потанцуйте под музыку.

Упражнение «Зеркало»

В связи с тем, что на этом уровне уже хорошо работает непроизвольная имитация, упражнение, направленное на зеркальное отражение всех движений ребенка (в том числе и мимических), приводит к их осознанию. Взрослый в точности копирует все движения ребенка и наблюдает за его реакцией. Это позволяет установить хороший контакт и привлечь внимание ребенка. Затем можно поменяться местами: например, взрослый может попробовать «состроить рожу». Обычно дети охотно включаются в эту игру.

Упражнение «Злимся и радуемся»

Если ребенок освоил предыдущее упражнение, то можно предложить ему изобразить вместе со взрослым злость («Давай позлимся»): потопать ногами, помахать руками, нахмуриТЬ брови и т. д. Затем можно предложить порадоваться: улыбнуться, попрыгать, расслабиться. Задача – связать телесные ощущения напряжения тела и мимических мышц

базовыми эмоциями.

Упражнение «Кидание мячей»

На этом этапе важно включить ребенка во взаимодействие с другими. Например, побросать мяч друг другу. Также для овладения пространством ребенок может кидать мяч в цель. Желательно, чтобы мячи были разного размера и веса.

6.4. Психомоторная коррекция детей с дисфункциями эмоционально-волевого уровня

Эмоционально-волевой уровень регуляции психической деятельности – это такая стадия развития психики, на которой регуляция и организация деятельности осуществляются аффективно значимыми долговременными мnestическими перцептивными образами объектов внешнего мира.

Описание ребенка с дисфункциями эмоционально-волевого уровня

На этом уровне уже должна быть сформирована схема тела, ребенок полностью отделяет себя от другого. Появляется узнавание себя в зеркале. В результате формируется обобщенное представление об облике человека, в котором ребенок узнает себя и других (Лакан, 1997). Предме-

ты вокруг уже обладают для него определенной аффективной значимостью. В речи возникают личные местоимения. Если на предыдущем уровне ребенок различал своих/чужих, то теперь различает «Я»/не-«Я». В речи обычно наблюдаются либо простые грамматические конструкции с наличием аграмматизмов, либо огромные вычурные тексты. Общение на этом уровне уже опирается на мимику и речь. Появляется взгляд с поиском контакта, с потребностью оценить, как его и то, что он делает, воспринимают окружающие. Появляются настоящая ярость и способность к настоящей нежности. Основные трудности при общении проявляются в сильном эгоцентризме ребенка и возрастании негативизма и упрямства. Впервые появляются соперничество, хитрость. Появляется игра в прятки как представление о постоянстве объекта в пространстве. Время уже воспринимается как линейный процесс, протекающий от прошлого через настоящее к будущему, появляется представление о его необратимости. В когнитивной сфере наблюдаются все те нарушения, которые были описаны А.В. Семенович (2002) в рамках понятия «дефицитарность стволовых функций – дисгенетический синдром». В двигательной сфере у таких детей прослеживаются накопление амбилиатеральных черт и псевдолеворукости, грубые дефекты реципрокных и сенсомоторных координаций. В оптико-гностической сфере – фрагментарность восприятия, грубая патология всех уровней пространственных представлений, 90-градусные реверсии при рисо-

вании. В мнестической сфере – дефекты избирательности памяти вне зависимости от ее модальности. В речевой сфере могут встречаться как легкие аномические проявления, дефекты фонетико-фонематического анализа, так и грубые задержки речевого развития.

Цель коррекции: формирование произвольной эмоциональной саморегуляции и целенаправленной деятельности со сложными программами.

Задачи коррекции:

- развитие межполушарных взаимодействий и пространственных представлений;
- развитие целенаправленного движения и способности к удержанию и реализации сложных двигательных программ;
- формирование простого планирования собственной деятельности;
- формирование умения оценивать деятельность других людей и собственную;
- развитие собственной целенаправленной активности ребенка;
- развитие умения преодолевать трудности и выдерживать различные уровни фрустрации;
- формирование понятий и понимания смыслов социальных ситуаций.

| Типичные проблемы при взаимодействии | Причины | Действия специалиста |
|---|--|---|
| Любая проблема — нозизна или препятствие — вызывает тормозящее или возбуждающее действие, ребенок стремится спрятаться в укрытии, уходит в аутостимуляции | Ребенок не чувствует себя в безопасности, не понимает, что происходит | Необходимо создать для него безопасные условия на занятиях. Давать пояснения к происходящим событиям с акцентом на причинно-следственные связи. Использовать картиночное расписание |
| Ребенок чрезмерно упорен в достижении своих целей, сопротивляется любым попыткам контроля и соблюдения плана занятия | Ребенок воспринимает ситуацию взаимодействия с человеком как опасную, но привлекательную | Необходимо усилить мотивационную составляющую занятия (добавить положительное стимулирование). Следует игнорировать дезадаптивное поведение ребенка. При этом нужно дать возможность ребенку полностью контролировать ситуацию в игре, постепенно снижая «градус» аффективной заряженности «преграды» |

| Типичные проблемы при взаимодействии | Причины | Действия специалиста |
|--|--|---|
| В ситуации группового занятия ребенок излишне конфликтен: может пугаться взаимодействия с другими детьми, не может себя защитить либо, наоборот, не соблюдает дистанцию, может быть излишне агрессивен | Ребенок воспринимает ситуацию взаимодействия с человеком как опасную, но привлекательную | Необходимо постоянно разъяснять социальную ситуацию взаимодействия, демонстрировать конструктивные модели поведения |
| У ребенка повышенный интерес к «страшным» темам и сюжетам. Например, он ищет страшных впечатлений: палкой ковыряет мертвых животных; смотрит страшные мультфильмы, фильмы, сильно возбуждаясь при этом; говорит о жертво-приношениях, вампирах (длинные, аффективно заряженные монологи) | Ребенок воспринимает опасности и преграды как привлекательные, аффективно заряженные | Выслушивать, но аффективно не включаться в данные монологи, пытаться вносить (через задавание вопросов) элементы логики, стремиться сохранить контакт |

Особенности коррекционной работы на этом уровне:

- коррекционная работа может проводиться как в индивидуальном, так и в групповом форматах;
- на этом этапе ребенок хорошо работает по плану, на который можно опираться при проведении занятия;
- можно начинать с полного комплекса упражнений, к каждому изменению в комплексе необходимо готовить ребенка через расписание;

- упражнения ребенок вначале делает через имитацию, необходимо обращать внимание на качество выполнения упражнения;
- активно используются в работе эмоциональное подкрепление и соревновательный мотив для стимуляции качества выполнения упражнений;
- важно учитывать инициативу и интересы ребенка: можно составлять план занятия вместе с ним, перемежая понравившиеся упражнения и игры с менее популярными;
- можно побуждать ребенка к самостоятельной оценке результатов занятия.

Ожидаемые результаты:

- упражнения выполняются самостоятельно, ребенок может работать по простому плану;
- ребенок может работать в группе детей, может им подражать, соревноваться;
- ребенок способен к целенаправленной деятельности, начинает ориентироваться на результат;
- координации становятся более дифференцированными, тонкими, активно развивается графическая деятельность;
- ребенок ориентируется в социальной ситуации конкуренции, может использовать разные социальные роли;
- ребенок замечает других детей и эмоционально реагирует на них, имеет симпатии/анттипации среди детей, может помогать и защищаться.

Примерный комплекс упражнений

В течение первых 3–4 месяцев занятий выполняются базовые упражнения 1–3 уровней, затем добавляются новые.

Базовые упражнения

Упражнение «Яйцо» (см. с. 76).

Упражнения «Яблочко» (см. с. 103) или **«Качалочка»** (см. с. 79).

Упражнения «Колобок» (см. с. 80), **«Гусеница»** (см. с. 82), **«Локоток-колено»** (см. с. 95) выполняются по инструкции самостоятельно.

Упражнения «Крылышки» и **«Корзинка»** (см. с. 80).

Упражнение «Бревнышко» (см. с. 81) можно делать с перекатыванием через взрослого или в группе детей – друг через друга.

Упражнения «Велосипед» (см. с. 94), **«Ползание на животе»** (см. с. 92), **«Ползание на спине»** и **«Ползание на четвереньках»** (см. с. 104).

Дополнительные упражнения

Упражнение «Четвереньки»

Ребенок перемещается на четвереньках вперед и назад. Сначала упражнение выполняется с одновременным передвижением одноименных рук и ноги, затем – разноименных. Сначала руки располагаются параллельно друг другу, затем идут друг за другом (по одной линии) и наконец перекрещиваются, то есть при движении с каждым «шагом» правая рука заходит за левую руку, затем левая заходит за правую. Ноги при этом двигаются вперед в обычном режиме – попаременно, параллельно друг другу.

Упражнение «Паровозик на четвереньках»

Участники становятся на четвереньки. Каждый, кроме первого, руками держит за ноги участника, стоящего перед ним. Первый в составе является ведущим и руководит действиями остальных. Вместе участники синхронно выполняют описанные в предыдущем упражнении действия.

Упражнение «Боковые четвереньки»

Ребенок ходит на четвереньках боком – вправо и влево. Вначале это приставной шаг: например, при движении вправо одновременно двигаются сначала правая рука и правая нога, затем – левая рука и левая нога. После этого добавля-

ется перекрещивание рук: например, если ребенок двигается вправо, то сначала левая рука перекрещивается с правой (ноги при этом вместе), затем правая рука ставится рядом с левой (справа от нее), а правая нога в это время делает шаг вправо. Следующий шаг: левая рука вновь перекрещивается с правой, а левая нога подтягивается к правой.

Упражнение «Прямые четвереньки»

При выполнении этого упражнения совершаются движения головы, глаз и языка в различных сочетаниях. Ребенок выставляет вперед правую руку, при этом одновременно поворачивает направо голову, переводит в том же направлении взгляд и сдвигает язык. Затем вперед идет левая рука, а голова, глаза и язык одновременно поворачиваются налево. После того как данное сочетание будет освоено, можно менять стороны: например, когда ребенок выставляет вперед правую руку, он поворачивает голову налево, а глаза и язык – направо. Если же вперед идет левая рука, то голова разворачивается направо, а глаза и язык – налево. Другой вариант: вперед идет правая рука, голова и язык поворачиваются налево, а глаза – направо, и т. д.

Упражнения на сенсомоторные взаимодействия

Глазодвигательные упражнения выполняются сидя: голова фиксирована, рука ребенка самостоятельно передви-

гает любой небольшой предмет (например, игрушку) по основным координатам. Кроме того, в воздухе ребенок рисует различные фигуры, буквы, знак бесконечности. Подключаются односторонние и разнонаправленные движения глаз и языка.

Работа с мелкой моторикой

К разнообразным упражнениям пальчиковой гимнастики необходимо подключать задания на тактильный гнозис и праксис.

Упражнение «Повтори позу»

Ребенок закрывает глаза. Взрослый задает телу ребенка определенную позу и просит запомнить ее. Потом ребенок расслабляется, после чего пытается повторить позу по памяти. Вначале поза должна быть простой (например, поднятая рука). В усложненных позах задействованы обе стороны тела, позы становятся асимметричными (например, схватить себя правой рукой за левое ухо и поднять левую ногу). Такое же упражнение можно выполнять, используя зрительный образец.

Упражнение «Прикосновение»

Ребенок лежит на полу с закрытыми глазами. Взрослый дотрагивается до тела ребенка (в нескольких точках), после

чего ребенок, не открывая глаз, указывает места прикосновений.

Упражнение «Телесный алфавит»

Взрослый пишет буквы или цифры сначала на спине, потом на тыльной стороне руки ребенка, а тот пытается их угадать. Полезно также лепить буквы и цифры из пластилина.

Упражнение «Волшебный мешочек»

Попросите ребенка с закрытыми глазами ощупать какой-нибудь предмет. Затем ему нужно, засунув руку в мешок, найти этот предмет среди 5–7 похожих. Сначала одной рукой, затем другой. Это упражнение можно выполнять с объектами разной величины и веса, с разным запахом и т. д.

Упражнения на развитие пространственных представлений и эмоционально-волевых функций

Упражнение «План комнаты»

Ребенка просят нарисовать план своей комнаты, квартиры. Взрослый может помочь ему в этом. Впоследствии можно прятать игрушку или какой-то сюрприз в комнате и отмечать это место на карте. Ребенок должен найти игрушку. Можно поменяться с ребенком ролями: он прячет предмет и отмечает его на карте, а взрослый ищет.

Упражнение «Диспетчер и самолет»

Можно попросить ребенка вообразить себя самолетом, а взрослого – диспетчером, который прокладывает самолету путь с поворотами (вправо-влево, вперед-назад). Затем нужно поменяться местами.

Упражнение «Нарисуй свой день»

Это упражнение можно давать в качестве домашнего задания. Ребенок вместе со взрослым рисует свой день. Важно помочь ребенку структурировать события («что было в начале дня, что – потом»), обозначить наиболее важные («я видела, что тебе важно было получить эту оценку, побегать с детьми, покачаться на качелях и т. п.»). Необходимо обращать внимание ребенка на его чувства и их причины.

Упражнение «Превращения»

Предложите ребенку «превратиться» в ежика, зайца, льва, лису, кошку, улитку. Затем подключите упражнение на развитие символической имитации (например: «Представьте, что ежик свернулся в клубок...»).

Упражнение «Режиссер»

Предложите ребенку быть режиссером в простой сюжетной игре нужно раздать роли и развить сюжет. Если игра теряет сюжетную линию и становится монотонной, вы можете усложнить ее, предлагая новые ситуации и стимулируя ре-

бенка к принятию решений.

Упражнение «Четыре стихии»

Игра на произвольную регуляцию. Если взрослый говорит слово «земля», ребенок опускает руки вниз и дотрагивается до пола, «вода» – вытягивает руки вперед и начинает делать ими волнообразные движения, «воздух» – поднимает руки вверх, как будто летит, «огонь» – начинает кружиться на месте.

Упражнение «Водители и пешеходы»

Дети делятся на две группы – «водителей» и «пешеходов». По команде ведущего начинает перемещаться то одна, то другая группа. Группа, которая ждет своей очереди, должна стоять у стенки.

Упражнение «Быстро-медленно»

Дети двигаются по помещению, по команде ведущего то ускоряясь, то замедляясь.

Упражнение «Расслабленное тело»

Ребенок расслабленно лежит на спине, глаза закрыты. Ведущий приподнимает конечности ребенка, проверяя степень их расслабленности. Руки и ноги ребенка должны свободно опускаться на пол.

Сенсомоторная коррекция является необходимой частью коррекционной работы с ребенком с РАС и прекрасно сочетается с другими методами. Грамотная оценка механизмов дизонтогенеза позволяет выбрать адекватные методы воздействия и каждый раз индивидуально решать вопрос о доле сенсомоторных упражнений в занятиях. Общая система коррекционной помощи детям с РАС предполагает единовременное включение методик всех уровней, однако их соотношение, интенсивность, частота занятий и т. п. будут варьироваться в зависимости от актуальных ближайших задач и динамики развития ребенка. Эффективность курса многократно возрастает, если в работу включена вся семья. Поэтому специалисту важно уметь оказывать психологическую поддержку родителям, а для этого необходимо уметь видеть их актуальные трудности и нереализованные потребности. Родитель должен стать партнером в коррекционных занятиях, ведь ему нужно будет отрабатывать дома с ребенком приобретенные навыки, а это требует больших ресурсов. Организация эффективного взаимодействия в паре «ребенок – родитель» – важнейшая задача специалиста.

Глава 7

Особенности работы с родителями детей с РАС

Процесс адаптации и социализации ребенка с РАС проходит поэтапно, требует больших психических ресурсов и занимает много времени. Задачей первой ступени адаптации ребенка с РАС является сенсомоторная интеграция. Именно эта задача и решается в рамках занятий по сенсомоторной коррекции. На второй ступени происходит адаптация ребенка в семье. На третьей – адаптация в специальном образовательном учреждении. И последняя, самая главная ступень – адаптация в обществе, которая включает адаптацию семьи в целом.

Эффективность работы специалистов намного возрастает, если члены семьи ребенка с особенностями развития понимают суть того, что с ними происходит, активно и со знанием дела включаются в оказание помощи. Поэтому специалисту недостаточно просто обладать знаниями об особенностях механизмов аутистических нарушений – очень важно также понимать особенности переживания родителем болезни ребенка и уметь вырабатывать правильные стратегии сотрудничества. При этом продуктивное взаимодействие между родителем и специалистом важно не только для усвое-

ния любой коррекционной программы (в том числе включающей работу методом сенсомоторной коррекции), оно служит успешной моделью для качественных изменений в адаптации ребенка, развития его собственной активности и дальнейших этапов социализации.

Рассматривая коррекционную работу с семьями особых детей, можно выделить несколько аспектов: отношение социума к дефекту, взаимодействие родителей и специалистов, детско-родительские отношения и психологические особенности адаптации семьи к ситуации дефекта ребенка в целом.

Представление о болезни формируется и как результат социального обучения. Это понятие включает ожидания, ценности, поведение больного ребенка, восприятие симптомов и другие характеристики, которые ассоциируются с заболеванием. Есть более социально принимаемые болезни, есть – менее. Аутизм, как и любое другое психическое заболевание, вследствие того, что он затрагивает внутреннюю сферу человеческой жизни – эмоций, желаний, сильно мистифицируется обществом. Несмотря на то, что в последнее время в СМИ все чаще публикуется информация об этом заболевании, в обществе (и у многих родителей) до сих пор нет адекватного представления об аутизме.

Трудности диагностики, разнообразие и неоднородность нарушений, функциональные расстройства, различия теоретических и коррекционных подходов сильно усложняют принятие родителем диагноза ребенка и приводят к большо-

му количеству спекуляций на родительских переживаниях и появлению «ложных надежд». Неочевидность нарушений (особенно при легких формах аутистических расстройств) способствует тенденции отрицать диагноз, родители начинают метаться от специалиста к специалисту, что погружает семью в еще больший стресс и приводит к откладыванию лечения. При этом коррекционная работа с такими детьми требует индивидуального подхода, систематических занятий, больших ресурсных затрат и объединенной работы всех специалистов и родителей. Родители (особенно мать) испытывают постоянные трудности, связанные с жизнью и воспитанием ребенка, имеющего аутистические нарушения. Кроме того, в большинстве случаев родители весьма чувствительны к реакции социума на поведенческие проявления своих детей, что приводит к их хронической травматизации и, как следствие, изоляции семьи от общества.

7.1. Особенности родителей детей с РАС

В 2013 году в Москве на базе Центра психолого-медицинско-социального сопровождения детей и подростков (ЦПМС-СДиП) было проведено исследование различных аспектов переживаний родителей детей с РАС. Целью исследования было выявление родительских потребностей, представлений и конструкций, касающихся собственного ребенка, а также выработка критериев оценки динамики адаптации семьи к

его заболеванию. Был проведен добровольный анонимный опрос среди родителей детей, посещающих центр. Все участвующие в опросе родители имели детей, получивших диагноз РАС более 5 лет назад. Уровень тяжести нарушений не учитывался, но все дети посещали школу при ЦПМССДиП. Не все родители были готовы, несмотря на анонимность, давать информацию о себе и ребенке. В связи с этим результаты исследования родительской фокус-группы следует рассматривать как позицию части наиболее эмоционально зрелых, открытых и готовых к диалогу родителей. Тем не менее результаты раскрывают механизмы и особенности, присущие всем родителям детей с РАС, и могут использоваться специалистами при взаимодействии с семьями детей, с которыми ведется коррекционная работа.

Для опроса родителей использовались три инструмента.

Для понимания представлений родителей о собственном ребенке с нарушениями был разработан *вопросник со списком типичных для РАС симптомов*, которые родителю предлагалось классифицировать по симптомам болезни, возрастным особенностям, особенностям характера и одаренности.

Для изучения ожиданий и запросов родителей был взят *вопросник Список потребностей родителей (СПР)*, который активно используется в программах раннего вмешательства. СПР создан как инструмент, основанный на социально-системном подходе, в котором потребности семьи определяются не специалистом, а самой семьей (Darling, Baxter, 1996).

Для изучения способов воспитания использовался *Тест-опросник родительского отношения (ОРО)*, созданный А.Я. Варгой и В.В. Столиным. Тест-опросник интересен тем, что имеет разработанные нормативы родительского отношения и позволяет достоверно увидеть отклонения в способах воспитания детей с аутистическими особенностями.

По результатам проведенного исследования были получены следующие данные.

Вопросник со списком симптомов РАС. Широкий спектр особенностей, характерных для аутизма (нарушения коммуникации, социального взаимодействия и стереотипные паттерны поведения), а также симптомы, связанные с трудностями формирования навыков, и аффективные реакции ребенка на внешнюю среду воспринимаются родителем как болезнь.

В соответствии с DSM-5, диагноз «расстройство аутистического спектра» будет поставлен в случае, если ребенок имеет:

А. Устойчивые дефициты в социальной коммуникации и социальном взаимодействии в различном контексте, проявляющиеся в настоящий момент или имеющиеся в анамнезе.

Б. Ограничность, повторяемость в структуре поведения, в интересах или деятельности.

Таким образом, больших разногласий в том, что у ребенка присутствуют особенности, являющиеся диагностическими признаками РАС, между специалистами и родителями

нет. Это способствует развитию сотрудничества и партнерства между родителями и специалистами.

Родители часто указывают на нарушения эмоциональной сферы ребенка: трудности аффективной регуляции в виде аффективных бурь, аутоагрессии, страхов отмечают 63 % родителей. Склонность родителей рассматривать эти поведенческие нарушения как признаки болезни приводит к отказу увидеть в них коммуникативную функцию, формализует ситуации общения, приводит к исчезновению во взаимодействии спонтанности и игры.

По данным исследования, в родительскую концепцию болезни ребенка с РАС вписываются нарушения, касающиеся речевой и коммуникативной сферы (47 % родителей), именно в этой сфере родители ожидают помощи от специалистов. При этом своеобразие речи детей с РАС таково, что родители очень редко (6–7 %) склонны рассматривать речевые проблемы как варианты нормы.

Познавательные функции (восприятие, внимание, память, мышление) оцениваются родителями как самые сохранные, а наблюдаемые у ребенка трудности воспринимаются обычно как возрастные («перерастет») или особенности характера («ему это просто неинтересно»). Родители склонны оценивать интеллект ребенка скорее как сохранный, но который ребенок может адекватно продемонстрировать лишь спонтанно или при создании специальных условий. В этой сфере родители видят наибольший ресурс для

коррекционной работы: возможность через сохранные интеллектуальные способности обучать ребенка социальным правилам и нормам и, опираясь на память, создавать адаптивные стереотипы поведения. Такие методы коррекционной помощи активно используются специалистами и особенно эффективны при высокофункциональном аутизме.

Однако у большинства детей с РАС (две трети от общего числа) интеллектуальное развитие в среднем ниже, чем у их типично развивающихся сверстников. При этом нередко наблюдается неравномерность развития. Например, ребенок может проявлять высокие способности в отдельных сферах (словарный запас и механическая память) и иметь выраженные трудности в понимании речи.

Большинство родителей расценивают как патологические проявления трудности формирования навыков письма и счета (65 %) и навыков, требующих сложной координации, таких как езда на велосипеде, завязывание шнурков (73 %). Нарушения в сенсорной переработке информации у ребенка с РАС не так очевидны для родителей (их отмечают лишь 47 %). Тем не менее все больше специалистов признают, что сенсорные трудности играют значительную роль, а проявления дезадаптивного поведения часто бывают обусловлены особенностями сенсорной переработки информации. Изучение сенсорного профиля ребенка, консультация родителей на эту тему, организация внешней среды, подбор необходимого для ребенка оборудования – отдельное направле-

ние коррекционной работы специалиста.

Для того чтобы узнать, какие установки есть у родителей по отношению к специалистам, обществу, своему ребенку, был проведен опрос с использованием анкеты «**Список потребностей родителей**».

Были выделены шесть основных областей, в которых сосредотачиваются проблемы и потребности родителей детей с аутизмом.

1. Информация о диагнозе, прогнозе и лечении.
2. Вмешательство в развитие ребенка – медицинское, терапевтическое, обучающее.
3. Формальная поддержка со стороны государственных и частных учреждений.
4. Неформальная поддержка со стороны родных, друзей, соседей, сослуживцев, других родителей.
5. Материальная поддержка, в том числе финансовая помощь, доступ к различным ресурсам.
6. Конкурирующие семейные потребности, т. е. нужды других членов семьи, помимо ребенка.

По данным исследования, важнейшей потребностью родителей детей с нарушениями являются вопросы, связанные с активным вмешательством в состояние ребенка со стороны специалистов. На втором месте стоит потребность в информации о состоянии ребенка и путях коррекционной помощи. Потребность в материальной поддержке также актуальна для многих семей. Потребность, связанная с формальной

и неформальной поддержкой, выражена не так явно. Меньше всего родителей считают, что им необходима помощь в удовлетворении конкурирующих нужд, т. е. собственные потребности родителя уходят на второй план.

Многие родители (87 %) считают, что дети с аутистическими особенностями нуждаются в первую очередь в занятиях с логопедом и в деятельности в трудовых мастерских. Можно сделать вывод, что большинство родителей вполне закономерно считают, что полноценная адаптация ребенка невозможна без развития у него коммуникативных навыков и продуктивной деятельности. Вполне возможно, что речь для родителей (особенно в тех случаях, когда у ребенка она отсутствует) является «сверхценным» образованием, так как поддерживает идею о том, что способность говорить может решить проблемы адаптации.

Высокая потребность в посещении трудовых мастерских говорит о том, что, несмотря на признание большинством родителей у их детей некоторых способностей, их дальнейшую адаптацию они связывают с обретением простой и доступной профессии в условиях трудовых мастерских, где специалисты будут понимать особенности их детей.

Большинство родителей (85 %) считают, что им необходимо индивидуальное консультирование, которое поможет справиться с ситуацией воспитания ребенка. 82 % родителей испытывают недостаток информации в области поведенческих проблем. Таким образом, родители готовы прежде все-

го к индивидуальным формам работы по решению конкретных ежедневных поведенческих проблем ребенка.

97 % родителей считают, что им необходимо больше информации о программах, центрах и школах, которые могут помочь ребенку с аутизмом. Это может свидетельствовать об ощущении изоляции от окружающего мира и о недостаточном количестве образовательных и коррекционных учреждений для детей.

80 % родителей считают, что необходимо более терпимое отношение социума (других людей) к проблемам их ребенка. Это может свидетельствовать о ранимости родителей, их повышенной чувствительности по отношению к агрессии со стороны других людей. Часто нетерпимость, агрессивность может приписываться и членам семьи (например, отцу ребенка, бабушке и т. п.).

Отрицаемые потребности, которые тем не менее являются ресурсными и которые специалист должен учитывать при работе с родителями, в основном касаются конкурирующих нужд. Самые непопулярные высказывания: «Медицинская помощь для меня самой/самого»; «Семейное консультирование (проблемы с мужем/ женой)»; «Социальные учреждения, где мог бы находиться ребенок, чтобы мне иметь возможность работать»; «Эмоциональная поддержка со стороны родственников»; «Индивидуальная психологическая помощь для улучшения моего самочувствия».

Эти результаты показывают обесценивание родителем

собственных потребностей, неготовность и невозможность принять эмоциональную помощь и поддержку. Можно сказать, что родитель хочет конкретных рекомендаций, рецептов помощи с соблюдением эмоциональной дистанции со стороны специалистов. О себе родитель готов говорить только с позиции «пользы» для ребенка. Такая позиция приводит к формированию ригидного способа взаимодействия с ребенком, истощающего психические ресурсы родителя. Невозможность нормально удовлетворять собственные потребности, отрезанность от собственных нужд не позволяет создать полноценный контакт с сыном или дочерью.

Тест-опросник родительского отношения (ОРО) ориентирован на выявление родительского отношения у лиц, обращающихся за психологической помощью по вопросам воспитания детей и общения с ними. Родительское отношение понимается как система разнообразных испытываемых к ребенку чувств, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, а также особенностей восприятия и понимания характера и личности ребенка, его поступков.

Опросник включает пять шкал:

1. Принятие-отвержение.
2. Кооперация (социальная желательность поведения ребенка).
3. Симбиоз (отсутствие дистанции между родителем и ребенком).
4. Авторитарный контроль (авторитарная гиперсоциализация).

зация).

5. Отношение к неудачам ребенка (инфантанизация).

Опросник имеет тестовые нормы и позволяет интерпретировать высокие баллы по шкалам в терминах: «Отвержение», «Социальная привлекательность», «Симбиоз», «Гиперсоциализация» и «Инфантанизация».

Полученные результаты показывают значительное снижение относительно нормативных показателей по всем шкалам, кроме шкалы «Кооперация» (или «Социальная привлекательность»).

Высокие баллы по шкале «Кооперация» являются признаком того, что взрослый проявляет искренний интерес к интересам ребенка, высоко оценивает его способности, поощряет самостоятельность и инициативу ребенка, старается быть с ним на равных. Родитель доверяет ребенку, пытается в спорных вопросах взглянуть на ситуацию с его точки зрения. Это достаточно любопытный и обнадеживающий результат, так как в реальности родитель зачастую имеет дело с особым ребенком, требующим постоянной заботы и больших энергетических затрат. Ребенок в большинстве случаев либо не осознает свои потребности или не может их донести до родителя, либо реализует их авторитарно, через жесткий контроль родителей. Развитие партнерских отношений в таких условиях (когда одновременно видишь в ребенке партнера, личность, но при этом объективно ему требуются уход, внимание и забота) в течение многих лет – трудновыполнимый

мая задача. Несмотря на трудности, с которыми сталкиваются родители, шкала «Кооперация» объективно подтверждает их высокую психологическую готовность идти навстречу потребностям ребенка, их желание быть хорошими родителями, стремление к возникновению партнерских отношений с ребенком и мечты о развитии его самостоятельности.

Наибольшее снижение по сравнению с нормой получено по шкале «Контроль». Шкала «Контроль», или «Авторитарная гиперсоциализация», отражает форму и направление контроля над поведением ребенка, педагогические способности родителя. Низкие баллы по шкале свидетельствуют о том, что контроль над действиями ребенка с РАС со стороны взрослого вызывает значительные трудности. Наилучшим вариантом оценки педагогических способностей взрослого человека по этой шкале являются средние оценки, от 3 до 5 баллов. В среднем родители детей с аутистическими особенностями набирают от 1 до 5 баллов, то есть часть родителей чувствуют полную потерю контроля над своим ребенком.

Результаты опроса по шкале «Принятие-отвержение» показывают, что родители детей с аутистическими нарушениями по сравнению со среднестатистическими данными набирают несколько меньше баллов, но тем не менее входят в нормативную выборку. Это позволяет предположить, что уровень принятия родителем ребенка с аутистическими особенностями не сильно отличается от принятия обыч-

ногого ребенка, хотя родитель осознает, что чаще испытывает по отношению к ребенку неприятные переживания. По видимому, воспитание особого ребенка сопровождается таким количеством трудностей, неудач, ситуаций неуспеха, что это вырабатывает у родителя определенный эмоциональный «иммунитет» к тому, что у других родителей вызывает реакции переживания неуспеха.

По шкале «Симбиоз» получены результаты, практически совпадающие со среднестатистическими результатами в баллах или ниже. При этом объективно воспитание ребенка с РАС зачастую связано с «буквальным симбиозом» в виде заботы, ухода и контроля. Таким образом, можно говорить о том, что, хотя объективно родитель зачастую существует в бытовых «симбиотических» отношениях, связанных с большим количеством физических и эмоциональных затрат, родители ребенка с РАС не чувствуют с ним сильного эмоционального симбиоза. Это связано с тем, что забота о ребенке, который не дает понятную обратную реакцию, «эмоциональную подпитку», становится более привычной, стереотипной и механической.

Проведенная корреляция между шкалами ОРО, вопросника со списком симптомов РАС и анкеты СПР показала, что наиболее значимая обратная связь наблюдается между шкалами «Принятие» и «Потребность в неформальной поддержке». То есть чем больше родитель осознает степень своего непринятия ребенка, тем больше он нуждается в неформаль-

ной эмоциональной поддержке со стороны окружающих. Как правило, в реальности все происходит наоборот: специалисты не поддерживают (а в крайних случаях и осуждают) родителей, склонных к отвержению ребенка.

Были получены однозначные положительные корреляции между шкалами «Кооперация» и «Болезнь». При этом есть обратная зависимость между шкалами «Контроль» и «Болезнь». То есть чем больше родитель оценивает поведение ребенка с позиции его болезни, тем выше его терпимость и тем меньше родитель готов контролировать поведение ребенка.

Ощущение возможности контроля над ребенком приводит к тому, что его поведение перестает родителем оцениваться как проявления болезни (то, что нельзя изменить). Появляются попытки активно воздействовать на ребенка, а само поведение все чаще расценивается как проявление коммуникативной функции. Умение оценивать поведение ребенка, допускать сомнение в правильности своих действий по отношению к нему способствует более гибкому и живому общению между родителем и ребенком. Возможность менять поведение ребенка, возврат контроля интерпретируются родителями как выздоровление. Это способствует тому, что родители начинают удовлетворять не только потребности ребенка, но и свои собственные нужды.

Таким образом, по результатам исследования, мы наблюдаем формирование у родителей детей с РАС типичной за-

щитной психологической позиции. С одной стороны, диагноз «аутизм» приводит к сильному эмоциональному шоку, а с другой – к чувству облегчения, так как у родителя появляется некая социально признаваемая (то есть общая с социумом) реальность и официальное признание потребности в помощи со стороны специалистов и государственных структур. Возможно, осознание болезни ребенка приводит к усилению родительской идентификации (родители часто бросают работать по специальности и «посвящают себя» ребенку), к возрастанию активности, связанной с необходимостью «бороться» за здоровье ребенка. Активность направлена на поиск «хороших» центров и «хорошего» специалиста, вмешательство которого вернет контроль над поведением ребенка. Делегируя контроль специалисту, родитель и сам больше начинает идти навстречу нуждам ребенка. Но если готовность удовлетворять потребности ребенка нарастает, поскольку родитель получает социально приемлемое (в виде диагноза) объяснение особенностей поведения ребенка, то эмоциональный аспект взаимодействия несколько «замораживается», так как ребенок воспринимается ранимым и слабым, неспособным вынести фрустрацию и родительские ограничения. Сильная боль и переживания по поводу болезни ребенка приводят к защитной изоляции от общества, от своих чувств во взаимоотношениях с ребенком. Личные потребности отрицаются, на смену им приходят высокая активность, ясное мышление и прямолинейность действий, на-

правленных на внешнюю реальность, на взаимодействие со специалистами.

Можно наметить два основных направления в работе с родителями детей с РАС. Первое связано с необходимостью возвращения функции контроля родителя над поведением ребенка, а второе – с работой над осознанием и принятием своих чувств по отношению к его болезни.

7.2. Рекомендации для специалистов по работе с родителями

Наиболее привычный образ, связанный в нашем обществе с врачами и другими специалистами, – *профессиональное доминирование*. Доминирование по определению включает элементы покровительства и контроля: специалист решает, что «лучше» для клиента, и предоставляет ему не больше информации, чем необходимо для лечения. Родители, чьи представления сформированы таким образом, могут смотреть на врачей и других специалистов с уважением, даже с трепетом, и беспрекословно подчиняться их рекомендациям.

В то же время, вследствие общего возрастания роли потребителя на рынке, доминирование специалистов снижается. Потребительский подход приводит к более специализированным и безличным взаимоотношениям между специалистом и пациентом. Вследствие этого уменьшается и чув-

ство доверия со стороны клиентов. Интересно, что к учителям родители могут испытывать большее расположение, чем к другим специалистам. Вместе с тем отношение родителей к учителям может быть окрашено их собственными негативными воспоминаниями о школе. Кроме того, учителя, проводящие с учениками много часов в неделю, могут восприниматься родителями как конкуренты в борьбе за время, внимание, уважение и любовь детей. Родителям может быть неприятен авторитет учителя для детей в случае, если ценности учителя отличаются от их собственных.

Впервые узнав о проблеме своего ребенка, родители, как правило, испытывают чувство беспомощности и непонимания происходящего. Они не подготовлены к рождению ребенка с нарушениями и поэтому склонны безоговорочно полагаться на совет специалистов, с которыми имеют дело в этот период. Позже, особенно в случаях, когда специалисты оказываются неспособными предоставить адекватную информацию и рекомендации, родители могут подвергнуть сомнению их авторитет. Таким образом, статус специалиста не столько предписывается, сколько достигается; иными словами, чтобы стать специалистом, необходимо успешно пройти соответствующую программу образования и практики.

Важен и такой аспект: специалисты, работающие с особыми детьми и их семьями, *сами выбрали* эту специальность. В отличие от родителей, давших жизнь ребенку с нарушениями, они работают в этой области по своей воле, ради удовле-

творения научного интереса, альтруизма, финансовых или иных выгод или же из каких-то иных соображений. Родители, которым приходится иметь дело со своими проблемами 24 часа в сутки, могут испытывать неприязнь к специалистам, посвящающим их проблемам исключительно рабочее время.

Помимо этого, роль специалиста функционально специфична и со временем становится все более специализированной. Родители ожидают от преподавателей экспертных знаний в области педагогики, но не ждут от них экспертных знаний в области медицины. Каждый из специалистов – учителя, врачи, психологи, логопеды и другие специалисты, работающие с детьми и их семьями, – имеет собственную область знаний. Однако родители не всегда понимают разницу между этими областями и могут не знать, к кому лучше обращаться. Но, кроме того, родителей интересует и ребенок в целом. Они видят в нем не просто ребенка «с нарушениями», но и исполнителя многих ролей – сына,孙, ученика и т. д. Большинство родителей ценят, когда врач интересуется успехами их ребенка в школе, а учитель – его медицинскими проблемами.

Со стороны некоторых специалистов в отношении детей с особенностями и их семей существуют предубеждения. Они могут не испытывать от общения с детьми с особенностями никаких положительных эмоций и склонны стигматизировать людей с нарушениями.

Стигматизация – это отношение к людям с нарушениями, которое имеет следующие характеристики:

- в обществе им отводится особое место (их поощряют к общению прежде всего со «своими»);
- большинство воспринимает их как «худших» по сравнению с собой;
- их сегрегация рационализируется как осуществляемая «для их же блага»;
- их оценивают, основываясь на их принадлежности к определенной категории, а не на индивидуальных характеристиках.

Большинство специалистов, склонных стигматизировать людей с нарушениями, не сталкивались с такими людьми ни во время учебы, ни в личной жизни. Работая с такими семьями, они могут испытывать неуверенность в себе и чувство безнадежности. Исследования показали, что специалисты могут воспринимать положение семьи более негативно, чем она сама, или недооценивают способность родителей использовать подходящие для их ребенка техники обучения и управления поведением.

В некоторых случаях специалисты рекомендуют переселение ребенка с нарушениями в интернат не потому, что родители не могут с ним справиться, а исключительно из-за своего негативного восприятия этих детей. Такие специалисты могут проецировать свои негативные взгляды на родителей, не зная того, как сами родители воспринимают эту си-

туацию.

Тип нарушений у ребенка также может влиять на отношение специалистов к его семье. Например, некоторые специалисты могут относиться к умственной отсталости хуже, чем к физическим нарушениям. Некоторые типы нарушений воспринимаются как более стигматизирующие, чем другие. Например, специалисты склонны воспринимать родителей детей с умственной отсталостью более позитивно, чем родителей детей с психическими заболеваниями.

Часто семья изначально считается дисфункциональной и требующей активного вмешательства. Специалисты видят свою задачу в преодолении в семье таких негативных явлений, как, например, игнорирование проблем, ошибки в воспитании (чрезмерная опека, неумеренное потакание) и агрессия. Если родители не справляются с трудностями, их неудачи объясняются неспособностью принять ребенка и их собственными неврозами. В некоторых случаях это имеет смысл, но в целом не позволяет адекватно объяснить многие проблемы, с которыми сталкиваются родители особых детей.

В крайних случаях специалисты ошибочно считают, что родители детей с нарушениями сами виноваты во всех своих проблемах, и это побуждает их рассматривать родителей как «второго клиента». Они полагают, что от родителей ожидается безоговорочная готовность к сотрудничеству, согласие со всеми решениями «экспертов». Одним из вариантов доминирующего подхода является клинический подход. Мож-

но выделить следующие составляющие клинического подхода:

1. Разработка диагностической терминологии.
2. Создание диагностического инструментария.
3. Утверждение, что диагностика является объективной.
4. Утверждение, что мнение родителя является субъективным.
5. Воздействие специалиста сосредотачивается на изменении индивида (редко рассматривается альтернативный вариант – модификация норм социальной системы).

Удобство клинического подхода состоит в том, что такая точка зрения дает возможность построения четких схем и концепций. Она позволяет однозначно определить место ребенка по шкале развития и даже измерить способность семьи к адаптации. В результате становится возможным количественное измерение результатов программы помощи. Когда ребенок или семья демонстрируют измеримый прогресс, специалист чувствует, что работает не зря.

Слабая сторона клинического подхода заключается в том, что, помещая пациентов и их семьи в определенные диагностические категории, сторонник клинического подхода теряет ощущение уникальности каждой семьи, пропадает также опора на ресурс самой семьи.

В последние годы все больше родителей понимают, что они могут и имеют право подвергать сомнению авторитет профессионалов. Во время лечения и обучения своего ре-

бенка родители знакомятся с другими родителями, делятся с ними своими историями и узнают, что страдают от одних и тех же проблем. Существуют различные организации, объединяющие людей с нарушениями и их родственников, где можно узнать об общественной деятельности и о защите своих прав. Доступная специализированная информация в интернете, специализированные издания для родителей детей с особыми нуждами и т. п. знакомят родителей с их правами и обучают стратегиям взаимодействия со специалистами.

Возрастающее осознание родителями собственных прав и приобретение навыков по защите этих прав – важный шаг на пути к установлению истинно *партнерских отношений* между родителями и специалистами. В рамках партнерских отношений возможности родителей по развитию собственного ребенка оказываются в фокусе внимания специалистов и высоко оцениваются. Специалисты пришли к выводу, что семьи, воспитывающие детей с нарушениями в развитии, имеют значительные внутренние ресурсы, и стали изучать, как процесс преодоления трудностей в воспитании ребенка с особенностями связан с внутриличностными и социальными факторами.

Многие профессионалы признают, что, взаимодействуя с родителями, необходимо осознавать, какую моральную и практическую власть над ними они приобретают, а также насколько легко родители могут стать жертвами манипуляций со стороны специалистов и насколько важно специалисту не

использовать в своей работе запугивание, кроме случаев самых крайних проявлений родительской некомпетентности и жестокости. Если специалист в чем-то не согласен с родителями, он имеет право попытаться убедить их принять иную точку зрения, описывая ребенка, помогая родителям по-новому взглянуть на него и его будущее.

Таким образом, чтобы работа специалиста была по-настоящему эффективной, он должен научиться видеть ситуацию с точки зрения родителей. Специалист должен хорошо понимать, чего хотят и в чем нуждаются сами члены семьи, и принимать то, что называется социально-системным подходом, рассматривающим ребенка как часть семейной системы, состоящей из нескольких взаимодействующих индивидов, и социальной системы, в которой взаимодействуют индивиды, семьи и социальные институты. От специалистов ждут активного вмешательства, умения модифицировать поведение ребенка, в сочетании с эмоциональным его принятием. Возрастает потребность в специальной информации, которая должна определенным и конкретным образом отвечать на вопросы: «Что делать родителю, если его ребенок...?». С одной стороны, получение знаний и умений справляться с дезадаптивными проявлениями в поведении ребенка, начальная его социализация приводят к первым шагам на пути «выздоровления». Однако полученные достижения («У моего ребенка хорошая динамика», «Он теперь может то-то и то-то») затем теряют свою актуальность, а внутренняя тре-

вога и страх перед будущим, депрессивные переживания начинают возвращаться. Существует даже понятие «парадоксальная депрессия», она возникает у родителей при первых позитивных изменениях в динамике развития ребенка, когда родители начинают осознавать всю глубину и тяжесть нарушений при РАС.

Специалисту очень важно учитывать эмоциональную боль родителей, уважать их психологические защиты, но при этом стараться не скатиться только в готовые рекомендации и рецепты, которые родители активно запрашивают. На начальном этапе рекомендации, конечно, просто необходимы, специалист фактически берет на себя всю родительскую компетентность. Но при этом специалисту приходится также выполнять материнские функции и по отношению к родителям. Признавать и постепенно называть те нужды родителей, которые они имеют, но игнорируют. Родителям необходимо объяснять, что те симптомы, которые они испытывают, – это естественный и временный ответ организма на травмирующее событие, что переживаемое ими действительно тяжело и страшно и они абсолютно правильно реагируют на него возбуждением, страхом, что так срабатывают механизмы психологической защиты. Важно собирать все фрагменты повседневной жизни семьи ребенка с РАС, активно привлекая к этому родителей, обсуждать с ними поведение ребенка, воздерживаться от активного вмешательства, даже если специалист не согласен с действиями родителей. Вы-

держивая патологические формы поведения ребенка с РАС, специалист должен уметь эффективно работать и при этом эмоционально принимать ребенка. Правильное взаимодействие специалиста с ребенком послужит моделью для родителя. Одной из важнейших задач является постепенная выработка у родителя собственной позиции по отношению к ребенку, к осознанию и проживанию аффективно заряженных осознанных и динамически развивающихся отношений. Кроме того, специалистам следует помнить о том, что амбивалентные межличностные отношения могут быть признаком нормы, а не патологии. «Выискивание» патологии в амбивалентности чувств родителей по отношению к ребенку или к специалисту лишь сделает невыносимым чувство вины родителей, приведет к взаимным обвинениям и способно значительно ухудшить адаптацию родителей к ситуации с болезнью ребенка. Специалист должен постепенно уходить в тень, снижать уровень авторитарности и контроля, который так актуален на первых этапах работы, давая возможность родителю самому выработать свои *уникальные* способы взаимодействия с ребенком, что позволит взять чувство ответственности за развитие своего ребенка на себя. Кроме того, специалисту необходимо понимать, что хроническая скорбь – это нормальная реакция родителя на появление ребенка с нарушениями и в таком понимании состояния матери или отца больше глубины, чем в упрощенном представлении о принятии-отвержении. Родитель, продолжающий ис-

пытывать скорбь по поводу нарушений у ребенка, вполне может оставаться заботливым и компетентным.

Хорошие отношения между специалистами и родителями являются существенным элементом помощи семье, и важно, чтобы работающие с семьями специалисты обладали пониманием, временем и умениями, необходимыми для работы в партнерстве. Изучение реакций родителей на заболевание ребенка, их способов адаптации к длительному стрессу, нахождение факторов, влияющих на переживания родителей, будут способствовать построению адекватного и продуктивного контакта между семьей и специалистом, что позволит повысить эффективность коррекционно-развивающей работы с ребенком. Понимание индивидуальных особенностей взаимоотношений родителей и ребенка позволяет, с одной стороны, корректировать неэффективные, дезадаптирующие ребенка способы взаимодействия в семье, а с другой стороны – найти сильные ресурсные зоны семьи, на которые можно опереться в своей работе.

Результатом работы с учетом вышеизложенных рекомендаций может стать так называемое принятие ребенка.

Оно считается достигнутым, когда родители:

- способны относительно спокойно говорить о проблемах ребенка;
- способны сохранять равновесие между проявлением любви к ребенку и поощрением его самостоятельности;

- способны в сотрудничестве со специалистами составлять краткие и долгосрочные планы;
- имеют личные интересы, не связанные с ребенком;
- способны что-либо запрещать ребенку и при необходимости наказывать его, не испытывая чувства вины;
- не проявляют по отношению к ребенку ни гиперопеки, ни чрезмерной и ненужной строгости.

Таким образом, грамотное выстраивание взаимоотношений с родителями – важнейшее условие эффективной работы с детьми, и следует уделять особое внимание решению этой задачи.

Заключение

В заключение хотелось бы еще раз подчеркнуть, что сенсомоторная коррекция является необходимым звеном коррекционной работы с детьми, страдающими расстройствами аутистического спектра, и существенно повышает ее эффективность. Предлагаемые упражнения воздействуют на глубинные отделы мозга, активируют вышестоящие структуры, которые, в свою очередь, запускают развитие психических функций (движение, речь, восприятие пространства, память, мышление). Сенсомоторная коррекция направлена на восстановление онтогенетически заданного вектора формирования высших психических функций. Этот метод дает возможность заново сконструировать и построить несформированную или нарушенную функцию сначала во внешней, материальной форме, а затем постепенно сократить ее, автоматизировать и перевести на другой уровень. Он также позволяет совершенствовать психическую регуляцию и воздействовать на эмоциональную сферу. А кроме того, совместная работа ребенка и родителя дает родителю возможность иначе выстроить взаимоотношения, по-новому почувствовать своего ребенка, проявить любовь к нему.

Занятия по сенсомоторной коррекции помогают развить в родителях те качества, которые до этого были не востребованы, и благодаря этому добиться хороших результатов. Но

главную работу проделают чувства: любовь и понимание того, что вы делаете и ради чего. Специалист показывает родителям дорогу, делится опытом, дает нужную информацию, он готов поддержать в трудную минуту, но идти по этому пути родителям придется самим. Пожелаем удачи на этом пути родителям и их замечательным детям!

Литература

- Анохин П.К.* Принципы системной организации функций. – М.: Наука, 1973.
- Бауэр Т.* Психическое развитие младенца. – М.: Прогресс, 1985.
- Башина В.М.* О синдроме раннего детского аутизма Каннера // Невропатология и психиатрия. 1974. Вып. 10.
- Бернштейн Н.А.* О построении движений. – М.: Медгиз, 1947.
- Венгер Л.А., Ибатуллина А.А.* Соотношение обучения, психического развития и функциональных особенностей созревающего мозга // Вопросы психологии. 1989. № 2.
- Выготский Л.С.* История развития высших психических функций // Собр. соч. в 6 т. Т. 3. – М., 1983.
- Доман Г.* Что делать, если у вашего ребенка повреждение мозга. – М., 2007.
- Горюнова А.В.* Неврологические предшественники и маркеры предрасположенности к шизофрении (проспективное исследование детей раннего возраста из группы высокого риска по шизофрении): автореферат дис... д-ра мед. наук. – М., 1995.
- Горячева Т.Г., Султанова А.С.* Сенсомоторная коррекция при нарушениях психического развития в детском возрасте. – М., 1999.

Джозеф Р.М. Нейропсихологические основы понимания аутизма / Особый ребенок. Исследования и опыт помощи. Вып. 5. – М.: Теревинф, 2006.

Исаев Д.Н., Мнухин С.С. Об органической основе некоторых шизоидных и аутистических психопатий // Актуальные вопросы клинической психопатологии и лечения психических заболеваний / Под ред. С.С. Мнухина. – Л., 1969.

Исаев Д.Н. Психопатология детского возраста. – СПб.: СпецЛит, 2001.

Каган В.Е. Аутизм у детей. – Л.: Медицина, 1981.

Лакан Ж. Инстанция буквы в бессознательном, или Судьба разума после Фрейда. – М., 1997.

Лебединский В.В. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / В.В. Лебединский, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М.: Изд-во МГУ, 1990.

Леонтьев А.Н. Эволюция психики. – М.; Воронеж, 1999.

Лоренц К. Агрессия. – М.: Прогресс, 1994.

Лурия А.Р. Внимание и память. – М.: МГУ, 1975.

Максимова Е.В. Коррекция нарушений общения у аутистов с позиции уровневого подхода (на примере анализа уровней А, В, С) // Тезисы конференции, посвященной 80-летию со дня рождения К.С. Лебединской. – М.: ИКП РАО, 2005.

Манелис Н.Г. Сравнительный нейропсихологический анализ формирования высших психических функций у здоровых детей и у детей с аутистическими расстройствами: авто-

реферат дис. ... канд. психол. наук. – М., 2000.

Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста. – М.; СПб, 2008.

Рамачандран В.С., Оберман Л.М. Разбитые зеркала: теория аутизма // Аутизм и нарушения развития. 2008. № 3.

Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога. – М.: Владос, 1997.

Рузина М.С. Пальчиковый игротренинг. – Екатеринбург: У-Фактория, 2004.

Селигман М., Дарлинг Р. Обычные семьи, особые дети. – М.: Теревинф, 2007.

Семенович А.В., Воробьева Е.А. Комплексная методика психомоторной коррекции. – М., 1998.

Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. – М.: Академия, 2002.

Семенович А.В. Проблемы онтогенеза межполушарных взаимодействий: нейропсихологический подход // Актуальные вопросы функциональной межполушарной асимметрии. – М.: Изд-во НИИ мозга РАМН, 2003.

Семенович А.В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: Учебное пособие. – М.: Генезис, 2007.

Симашкова Н.В. Расстройства аутистического спектра (мультидисциплинарные клинико-биологические подходы к диагностике и терапии) / Н.В. Симашкова, Т.П. Клюшник, Л.П. Якупова, А.А. Коваль-Зайцев // Психиатрия. 2013. № 4.

Скворцов И.А. Детство нервной системы. – М.: МЕД-пресс-информ, 2004. *Скворцов И.А.* Дизнейроонтогенетические аспекты клиники и автогенеза аутистических синдромов у детей / И.А. Скворцов, В.М. Башина, И.В. Нефедова // Альманах «Исцеление». 2000. Вып. 4.

Скворцов И.А. Роль перивентрикулярной области мозга в нейроонтогенезе (в норме и при ДЦП) // Альманах «Исцеление». 1995. Вып. 2.

Скворцов И.А., Селиванова Е.А. Нарушения психоневрологического развития наследственного и ненаследственного генеза // Альманах «Исцеление». 2000. Вып. 4.

Строганова Т.А. Монотропизм внимания у детей с аутизмом / Т.А. Строганова, Е.В. Орехова, И.А. Галюта // Экспериментальная психология. 2014. Т. 7. № 4.

Султанова А.С. Развитие психики ребенка в пренатальном периоде // Хрестоматия по перинатальной психологии. – М., 2005.

Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Том 1. – М.: Медгиз, 1955.

Bauman M.L., Kemper T.L. Histoanatomic observations of the brain in early infantile autism // Neurobiology. 1985. № 35.

Davson G. Neuropsychology of autism: a report on the state of the science // Journal of Autism & Developmental Disorders. 1996. № 26.

Frith U., Snowling M. Reading for meaning and reading for sound in autistic and dyslexic children // Journal of

Developmental Psychology. 1983. № 1.

Lenneberg E.H. Biological foundations of language. – N.Y.: Wiley, 1967

Minshew N.J. Brief report: brain mechanisms in autism: functional and structural abnormalities // Journal of Autism & Developmental Disorders. 1996. № 26.

Ozonoff S., Strayer D.L. Inhibitory function in nonretarded children with autism // Journal of Autism & Developmental Disorders. 1997. № 27.

Rumsey J.M. Conceptual problem-solving in highly verbal, nonretarded autistic men // Journal of Autism & Developmental Disorders. 1985. № 15.

Tomkins S.E. Script theory: Differential magnification of affects. In H.E. Howe, Jr., & R.A. Dienstbier (Eds.), Nebraska Symposium on Motivation (Vol. 26). Lincoln: University of Nebraska Press, 1980.

Приложения

Приложение 1 Психологические особенности детей с РАС, находящихся на разных уровнях развития

| Уровни развития | Признаки дисбаланса в сенсомоторной и эмоционально-воловой системах | Сенсорная область | Моторная область | Когнитивные функции | Эмоциональная сфера | Отношения с человеком |
|-----------------|--|--|--|--|--|---|
| 1. | Тоническое и моторное возбуждение. Гиперактивность и ходьба на цыпочках. Атония, застывание в одной позе. Гипер- и гипосензитивность к ощущениям. Реакции просто в ответ на попытки вступить в контакт. Постоянный поиск сенсорных ощущений. Аутостимуляции. Тревога и страхи относительно быстровдвижущихся объектов. Отсутствие инстинкта самосохранения | Восприятие (сенсорное) отдельных количественных характеристик среды. Отсутствует разделение по модальностям. Не разделяется граница между внутренним и внешним. Скользящий периферический взгляд. Функционирует только по двум сенсорным каналам (взгляд и звук) | Руброспинальный уровень (по Н.А. Бернштейну) — тоническая регуляция тела. Простая двигательная разрядка. Реакции избегания и приближения, в зависимости от интенсивности воздействия среды | Отсутствуют временная и пространственная структуры, либо пространство плоское (двумерное). Научение как привыканье. Речь в виде крика как двигательная разрядка. Графические способности отсутствуют | Деление на отрицательные и положительные эмоциональные реакции в зависимости от степени интенсивности воздействия среды. Не переносится фрустрация | Человек как часть среды (оценивается по параметрам интенсивности). Полностью зависит от организации пространства и своевременного удовлетворения потребностей матерью. Отсутствует разделенное внимание |

| Уровни развития | Признаки дисбаланса в сенсомоторной и эмоционально-волевой системах | Сенсорная область | Моторная область | Когнитивные функции | Эмоциональная сфера | Отношения с человеком |
|-----------------|---|---|--|--|--|---|
| 2. | Сохраняются тонические и вегетативные нарушения предыдущего уровня. Постоянное «прилипание» к другому человеку со спиной. Сохраняются явления сензитивности (но уже по отдельным модальностям). Стереотипии. Вертикальное расщепление образа тела (часто хлопает в ладоши, чтобы соединить стороны), игнорирование левой стороны пространства | Восприятие (перцептивное) реальности по отдельным качествам (модальностям). Возможность восприятия целостного объекта; характеристики центра и периферии. Воспринимает движение как ритм. Восприятие активное, изучающее. Может долго осматривать, ощупывать предметы | Таламопалидарный уровень (по А.Н. Бернштейну). Вырабатывается произвольный ритмический компонент моторики (кружиться, прыгать). Непроизвольные двигательные реакции носят стереотипный характер. Появляется рисунок в виде каракулей | Внимание очень узко по объему, либо распределется по центру, либо рассеивается по периферии одновременно только по одной модальности. Церковь опущение времени как аффективная память на щепочку событий. Пространство трехмерное. Собирает пазлы, дочки Сетена. Речь как повторение, ритм (гульение, лепет) | Появляются аффективные стереотипы и предпочтения, оценка высшей среды относительно внутреннего состояния. Аффект начинает предвосхищать предполагаемые события. Появляется улыбка. Может переносить исподнюю фрустрацию при условии положительного подкрепления. Радость приносит ритм, повторение | Есть сенсорный образ матери. Активный поиск контакта и защиты у матери. Появляется эпизодическое разделение внимания. Контакт по типу «прилипания» (вначале тактильного, затем уже зрительного и слухового) |

| Уровни развития | Признаки дисбаланса в сенсомоторной и эмоционально-волевой системах | Сенсорная область | Моторная область | Когнитивные функции | Эмоциональная сфера | Отношения с человеком |
|-----------------|---|--|---|---|--|--|
| 3. | Сохраняются тонические и вегетативные нарушения предыдущего уровня. Но движения более дифференцированы. Ребенок начинает рисовать и писать. Лучше видит детали, чем целостный образ. Сохраняется игнорирование пространства слева, но тоже больше в рисунке. Общий фон настроения неустойчивый (маннекально-депрессивный), эмоции интенсивны и длительны. Жадное пополнение словаря, словотворчество. Простые фразы | Различает визуальные и вибрационные ощущения. Появляется ощущение собственного тела. Полностью сформирован гноэзис. Может соотносить однаковые предметы. Пространственный гноэзис (в координатах верх-низ) | Пирамидо-стриatalный уровень (по А.Н. Бернштейну). Движения начинают носить целевой характер. Приносит радость преодоление каких-либо барьеров при достижении целей. Появляются различные сенсомоторные координации, пространственный пракси. Способен рисовать на вертикальной поверхности. В рисунке появляется человек. Начинает имитировать поведение | Пространство воспринимается как трехмерное: характеристики приближения и удалности, глубины (высоты). Есть центр — «Я»-отсчет. Конструкторская деятельность. Внимание может одновременно концентрироваться как по центру, так и по периферии. Есть долговременная память. Установление причинно-следственных связей. Речь как средство смыслового воздействия на другого человека | Появляется эффект агрессии как активности в достижении целей, преодолении препятствий. При фruстрации может вымещать гнев на другом объекте. Появляется искаженность | Различает себя и другого (как взрослого). Активно стимулирует материнское поведение, разывает новые формы контакта. Появляется нормальный зрительный контакт. Устанавливает границы и запреты. Определение границ между своим/чужим, живым/不小的 |

| Уровни развития | Признаки дисбаланса в сенсомоторной и эмоционально-волевой системах | Сенсорная область | Моторная область | Когнитивные функции | Эмоциональная сфера | Отношения с человеком |
|-----------------|--|---|--|---|--|---|
| 4. | Повышенная возбудимость нервной системы, преимущественно в vegetативной сфере. Игнорирование левой стороны пространства. Стереотипность в поведении. Задержка в регулирующей функции слова. Фонематические трудности либо трудности в освоении математическо-пространственных понятий. Эмоциональная неуравновешенность, склонность к «сырьям» при стрессе | Появляется аффективный гноэзис. Понимание смысла картин | Теменно-пресметорный уровень (по А.Н. Бернштейну). Уровень значимости предметов, действий с предметами. Развиваются реципрокные координации. Моторика как операциональное обеспечение действий с предметами в пространстве | Различает живое/неживое. Предсказания поведения людей на основе аффективной информации. Речь как средство коммуникации. Слово имеет значение и смысл. Появление фантазий как различение высшего и внутреннего | Появление эмпатии. Управление своим поведением на основе эмоциональной информации. Появление ролевой игры. Появление слова «нет» | Сформирована полноценная привязанность с взаимообогащающими взаимодействиями. Появляются первые предположения о мотивах поведения других людей. Появляются социальные жесты. Появляется конкуренция со взрослым |

Приложение 2

Комплексы базовых и дополнительных упражнений для каждого из четырех уровней развития

Комплекс 1

| Упражнение | Краткое описание | Диагностика и коррекционное воздействие |
|-------------------|--|---|
| Яйцо | Ребенок сидит на ковре во внутритробной позе (руки обхватывают колени). Ребенку должно быть комфортно. Позу поддерживает мама: слегка фиксирует положение рук и ног и обнимает ребенка. Не препятствовать ребенку, если он хочет вырваться | Диагностика и налаживание эмоциональных связей в диаде «мать — дитя». Задействование функций раннего ствола |
| Качели | Ребенок лежит на спине, взрослые берут его за руки и за ноги, затем раскачивают в воздухе и осторожно кладут на пол | Задействованы стволовые функции, происходит перераспределение тонуса |
| Качалочка | Лежа на спине во внутритробной позе (руки обхватывают колени), ребенок катается вперед и назад (родитель поддерживает ребенка ниже головы и за сжатые на коленях руки) | Диагностика проблем в позвоночнике. Задействованы стволовые функции |

| Упражнение | Краткое описание | Диагностика и коррекционное воздействие |
|-------------------|--|--|
| Корзинка | Ребенок лежит на животе, обхватив свои лодыжки заведеными за спину руками. Приподняв руки и ноги ребенка, прогнуть его позвоночник. Слегка покачать ребенка вперед-назад | Диагностика проблем в позвоночнике. Задействованы стволовые функции |
| Бревнышко | Лежа на полу с вытянутыми вверх руками, ребенок совершает перекаты влево-вправо. Ноги не должны перекрещиваться | Воздействие на вестибулярную систему. Связывание проприоцептивных и периферических ощущений. Включение периферических границ тела в пространство |
| Солдатик | То же, руки по швам | То же |
| Гусеница | Подогнуть ноги под себя, положить ладони на пол под плечи; сгруппироваться; затем руки начинают одновременно двигаться вперед, растягивая за собой все тело | Задействованы стволовые функции, происходит перераспределение тонуса |
| Поза плода | Ребенок садится, поджав под себя ноги. Нужно наклониться вперед, чтобы лоб коснулся пола. Руки вытянуты вдоль ног, ладони раскрыты вверх | За счет сдавливания органов брюшной полости происходит перераспределение тонуса, улучшается кровоснабжение всего позвоночника и головы |
| Растяжки | Ребенок с помощью взрослого растягивает все тело, потягиваясь одновременно двумя руками и ногами | Задействованы стволовые функции, происходит перераспределение тонуса |
| Кувырки | Родитель различными способами «роняет», кувыркает ребенка. Поверхность пола должна быть мягкой (маты) | Воздействие на вестибулярную систему. Связывание проприоцептивных и периферических ощущений |

| Упражнение | Краткое описание | Диагностика и коррекционное воздействие |
|------------------------|--|--|
| Выгибание | Родитель садится на стул и сажает ребенка на колени лицом к себе, держит его за руки и медленно опускает назад, прогибая его позвоночник, затем так же медленно поднимает | Диагностика и налаживание эмоциональных связей в диаде «мать — дитя». Задействование функций раннего ствола |
| Подъем на ногах | Взрослый ложится на спину и сгибает ноги в коленях. Специалист помогает ребенку лечь на ноги взрослого так, чтобы голова лежала на коленях родителя, а ноги свешивались по сторонам. Родитель аккуратно приподнимает ребенка | Диагностика и налаживание эмоциональных связей в диаде «мать — дитя». Задействование функций раннего ствола |
| Качание на мяче | Ребенок садится на мяч. Придерживая ребенка за корпус, осторожно покачать его вверх-вниз | Диагностика и налаживание эмоциональных связей в диаде «мать — дитя». Снятие напряжения и перераспределение общего тонуса тела |
| Медуза | Родитель становится на четвереньки, ребенок сзади подходит к нему и ложится сверху, перекидывая руки через подставленные плечи. Родитель крепко берет ребенка за запястья и взваливает ребенка себе на плечи | Диагностика и налаживание эмоциональных связей в диаде «мать — дитя». Задействование функций раннего ствола |

Комплекс 2

| Упражнение | Краткое описание | Диагностика и коррекционное воздействие |
|------------------|---|--|
| Яйцо | Ребенок сидит на ковре во внутриутробной позе (руки обхватывают колени). Ребенку должно быть комфортно. Позу поддерживает мама: слегка фиксирует положение рук и ног и обнимает ребенка. Не препятствовать ребенку, если он хочет вырваться | Диагностика и налаживание эмоциональных связей в диаде «мать — дитя». Задействование функций раннего ствола |
| Качалочка | Лежа на спине во внутриутробной позе (руки обхватывают колени), ребенок катается вперед и назад (родитель поддерживает ребенка ниже головы и за сжатые на коленях руки) | Диагностика проблем в позвоночнике. Задействованы стволовые функции |
| Колобок | То же, но катается влево-вправо | Воздействие на вестибулярную систему. Связывание проприоцептивных и периферических ощущений. Включение периферических границ тела в пространство |
| Крылышки | Положение — лежа на животе. Разгибать позвоночник ребенка, приподнимая его туловище и поддерживая за руки | Диагностика проблем в позвоночнике. Задействованы стволовые функции |
| Корзинка | Ребенок лежит на животе, обхватив свои лодыжки заведеными за спину руками. Приподняв руки и ноги ребенка, прогнуть его позвоночник. Слегка покачать вперед-назад | Диагностика проблем в позвоночнике. Задействованы стволовые функции |

| Упражнение | Краткое описание | Диагностика и коррекционное воздействие |
|---------------------------|--|--|
| Бревнышко | Лежа на полу с вытянутыми вверх руками, ребенок совершает перекаты влево-вправо. Ноги не должны перекрещиваться | Воздействие на вестибулярную систему. Связывание проприоцептивных и периферических ощущений. Включение периферических границ тела в пространство |
| Солдатик | То же, руки по швам | То же |
| Гусеница | Подогнуть ноги под себя, положить ладони на пол под плечи; сгруппироваться; затем руки начинают одновременно двигаться вперед, растягивая за собой все тело | Задействованы стволовые функции, происходит перераспределение тонуса |
| Ползание на животе | Лежа на животе, ползти на локтях, не отрывая корпус от пола и отталкиваясь правой и левой руками: сначала по очереди, затем одновременно. После этого попытаться ползти только с помощью ног, руки сложены за спиной | Разбивка движений рук и ног |
| Туннель | Родитель становится на четвереньки, а ребенок должен проползти под ним на четвереньках | Имитация родового периода, налаживание эмоциональных связей |
| Выгибание | Родитель садится на стул и сажает ребенка на колени лицом к себе, держит его за руки и медленно опускает назад, прогибая его позвоночник, затем так же медленно поднимает | Диагностика и налаживание эмоциональных связей в диаде «мать — дитя». Задействование функций раннего ствола |
| Качание на мяче 2 | Ребенок ложится животом на мяч | Диагностика и налаживание эмоциональных связей в диаде «мать — дитя». Снятие напряжения и перераспределение общего тонуса тела |

| Упражнение | Краткое описание | Диагностика и коррекционное воздействие |
|--------------------------|--|---|
| Медуза | Родитель становится на четвереньки, ребенок сзади подходит к нему и ложится сверху, перекидывая руки через подставленные плечи. Родитель крепко берет ребенка за запястья и взваливает ребенка себе на плечи | Диагностика и налаживание эмоциональных связей в диаде «мать — дитя». Задействование функций раннего ствола |
| Похлопушки | Взрослый под музыку ритмично обстукивает кулаками (ладонями) тело ребенка, начиная с ног и поднимаясь выше | Поддержание периферической телесной афферентации, осознавание границ тела |
| Шагали наши ножки | Ребенок лежит на спине лицом к взрослому. Взрослый берет руками его стопы и совершает ими вращательные и реципрокные движения, имитирующие ходьбу | Межполушарное взаимодействие |
| Велосипед | Ребенок лежа на спине реципрокно крутит ногами | Межполушарное взаимодействие |
| Побежали | Ребенок лежит на животе. Взрослый берет руками его стопы и пассивно сгибает его ноги в коленях, касаясь пятками ягодиц ребенка. Движения выполняются одновременно и реципрокно | Межполушарное взаимодействие |
| Стойка на плечах | Ребенок лежит на спине. Взрослый берет ребенка за икры и медленно поднимает ноги до тех пор, пока ребенок не будет упираться в пол только плечами. Осторожно качает ребенка за ноги из стороны в сторону | Диагностика и налаживание эмоциональных связей в диаде «мать — дитя». Воздействие на вестибулярную систему |
| Кузнечик | Ребенок лежит на животе. Взрослый берет руками его голени и приподнимает прямые ноги так, чтобы появился прогиб в пояснице, а передняя часть тела оставалась расслабленной | Диагностика проблем в позвоночнике. Задействованы стволовые функции |

| Упражнение | Краткое описание | Диагностика и коррекционное воздействие |
|-----------------------|---|---|
| Кобра | Ребенок лежит на животе лицом вниз, ладони упираются в пол около плеч. Затем ребенок опирается на прямые руки, как можно больше прогибая спину назад, медленно поднимает голову и смотрит вверх. Потом, поворачивая голову, поочередно смотрит на правую и левую ноги через плечо | Диагностика проблем в позвоночнике. Задействованы стволовые функции |
| Локоток-колено | Ребенок лежит на спине и по очереди соединяет каждое колено с локтем: перекрестом и параллельно | Межполушарное взаимодействие |
| Уйди | Ребенок ложится на спину и поднимает полусогнутые ноги вверх, уперев ступни в живот родителю. Родитель начинает своим весом давить ребенку на ноги, стимулируя того прогнать его | Поддержание периферической телесной афферентации, осознавание границ тела, отделение себя |

Комплекс 3

| Упражнение | Краткое описание | Диагностика и коррекционное воздействие |
|------------------|--|--|
| Яйцо | Ребенок сидит на ковре во внутритробной позе (руки обхватывают колени). Ребенку должно быть комфортно. Позу поддерживает мама: слегка фиксирует положение рук и ног и обнимает ребенка. Не препятствовать ребенку, если он хочет вырваться | Диагностика и налаживание эмоциональных связей в диаде «мать — дитя». Задействование функций раннего ствола |
| Качалочка | Лежа на спине во внутритробной позе (руки обхватывают колени), ребенок катается вперед и назад (родитель поддерживает ребенка ниже головы и за сжатые на коленях руки) | Диагностика проблем в позвоночнике. Задействованы стволовые функции |
| Колобок | То же, но катается влево-вправо | Воздействие на вестибулярную систему. Связывание проприоцептивных и периферических ощущений. Включение периферических границ тела в пространство |
| Гусеница | Подогнуть ноги под себя, положить ладони на пол под плечи; сгруппироваться; затем руки начинают одновременно двигаться вперед, растягивая за собой все тело | Задействованы стволовые функции, происходит перераспределение тонуса |
| Яблочко | Ребенок сидит, сложив вместе ступни ног и развернув колени наружу. Затем начинает вращаться всем корпусом (можно с помощью рук) по часовой стрелке, после — наоборот | Диагностика проблем в позвоночнике. Задействованы стволовые функции. Воздействие на вестибулярную систему |

| Упражнение | Краткое описание | Диагностика и коррекционное воздействие |
|---------------------------------|--|--|
| Корзинка | Ребенок лежит на животе, обхватив свои лодыжки заведеными за спину руками. Присподняв руки и ноги ребенка, прогнуть его позвоночник. Слегка покачать вперед-назад | Диагностика проблем в позвоночнике. Задействованы стволовые функции |
| Бревнышко | Лежа на полу с вытянутыми вверх руками, ребенок совершает перекаты влево-вправо. Ноги не должны перекрещиваться | Воздействие на вестибулярную систему. Связывание проприоцептивных и периферических ощущений. Включение периферических границ тела в пространство |
| Солдатик | То же, руки по швам | То же |
| Велосипед | Ребенок лежа на спине реципрокно крутит ногами | Межполушарное взаимодействие |
| Ползание на животе | Лежа на животе, ползти на локтях, не отрывая корпус от пола и отталкиваясь правой и левой руками: сначала по очереди, затем одновременно. После этого попытаться ползти только с помощью ног, руки сложены за спиной | Разбивка движений рук и ног |
| Ползание на спине | Ребенок ползет на спине без помощи рук и ног, работая только корпусом | Разбивка движений рук и ног. Стволовые функции (контроль головы) |
| Ползание на четвереньках | Ползание на четвереньках вперед-назад с опорой на колени и кисти выпрямленных рук; ходьба на четвереньках с опорой на колени и локти; хождение на прямых ногах и руках | Разбивка движений рук и ног |
| Четвереньки | Перемещение на четвереньках вперед и назад, с одновременным передвижением одноименных руки и ноги, затем — противоположных руки и ноги. Сначала руки располагаются параллельно друг другу, затем друг за другом | Разбивка движений рук и ног. Межполушарное взаимодействие |

| Упражнение | Краткое описание | Диагностика и коррекционное воздействие |
|-------------------|---|---|
| Обезьяна | Ребенок передвигается на прямых четырех конечностях (как обезьяна) | Разбивка движений рук и ног. Межполушарное взаимодействие |
| Пылесос | Ребенок ползет, сидя на ягодицах (руки за головой), вперед и назад | Межполушарное взаимодействие |
| Каракатица | Ребенок стоит на четвереньках спиной вниз, с опорой на прямые руки, таз приподнят, и таким образом передвигается вперед-назад | Разбивка движений рук и ног. Межполушарное взаимодействие |
| Кошка | Из положения лежа на животе ребенок встает на четвереньки, опираясь на колени и ладони. На вдохе отводит голову назад и прогибает позвоночник вниз. На выдохе — шипит | Дыхательные центры в стволе, подкорка |
| Рыбка | Ребенок стоит на четвереньках. Одну ногу выставляет прямой назад. Взгляд направлен на ступню. Затем ногой ведет (как циркулем) вправо-влево, не отрывая взгляда | Разбивка синестезий, коррекция базовых сенсомоторных взаимодействий |
| Вертолет | Ребенок сидит на полу, ноги скрещены, руки подняты к плечам (или расставлены в стороны). Свободные повороты влево-вправо | Косые мышцы живота, диафрагма |
| Бабочка | Ребенок садится и сгибает ноги в коленях, затем разводит их в стороны. Захватывает сложенные подошвами стопы руками. Пятки должны быть как можно ближе к ягодицам. Двигает ногами, как крыльями бабочки | Укрепление осанки и мышц бедра |
| Лодочка | Сначала лежа на животе, потом — на спине. Поднять руки и ноги вверх и долго держать | Задействованы стволовые функции, происходит перераспределение тонуса. Включение контроля за |

Комплекс 4

| Упражнение | Краткое описание | Диагностика и коррекционное воздействие |
|------------------|--|--|
| Яйцо | Ребенок сидит на ковре во внутреннеутробной позе (руки обхватывают колени). Ребенку должно быть комфортно. Позу поддерживает мама: слегка фиксирует положение рук и ног и обнимает ребенка. Не препятствовать ребенку, если он хочет вырваться | Диагностика и налаживание эмоциональных связей в диаде «мать — дитя». Задействование функций раннего ствола |
| Качалочка | Лежа на спине во внутреннеутробной позе (руки обхватывают колени), ребенок катается вперед и назад (родитель поддерживает ребенка ниже головы и за сжатые на коленях руки) | Диагностика проблем в позвоночнике. Задействованы стволовые функции |
| Колобок | То же, но катается влево-вправо | Воздействие на вестибулярную систему. Связывание проприоцептивных и периферических ощущений. Включение периферических границ тела в пространство |
| Гусеница | Подогнуть ноги под себя, положить ладони на пол под плечи; сгруппироваться; затем руки начинают одновременно двигаться вперед, растягивая за собой все тело | Задействованы стволовые функции, происходит перераспределение тонуса |
| Яблочко | Ребенок сидит, сложив вместе ступни ног и развернув колени наружу. Начинает вращаться по часовой стрелке, а затем — против | Диагностика проблем в позвоночнике. Задействованы стволовые функции. Воздействие на вестибулярную систему |

| Упражнение | Краткое описание | Диагностика и коррекционное воздействие |
|---------------------------------|--|--|
| Корзинка | Ребенок лежит на животе, обхватив свои лодыжки заведеными за спину руками. Приподняв руки и ноги ребенка, прогнуть его позвоночник. Слегка покачать вперед-назад | Диагностика проблем в позвоночнике. Задействованы стволовые функции |
| Бревнышко | Лежа на полу с вытянутыми вверх руками, ребенок совершает перекаты влево-вправо. Ноги не должны перекрещиваться | Воздействие на вестибулярную систему. Связывание проприоцептивных и периферических ощущений. Включение периферических границ тела в пространство |
| Солдатик | То же, руки по швам | То же |
| Локоток-колено | Ребенок лежит на спине и поочереди соединяет каждое колено с локтем: перекрестом и параллельно | Межполушарное взаимодействие |
| Велосипед | Ребенок лежа на спине речи-прокно крутит ногами | Межполушарное взаимодействие |
| Ползание на животе | Лежа на животе, ползти на локтях, не отрывая корпус от пола и отталкиваясь правой и левой руками: сначала по очереди, затем одновременно. После этого попытаться ползти только с помощью ног, руки сложены за спиной | Разбивка движений рук и ног |
| Ползание на спине | Ребенок ползет на спине без помощи рук и ног, работая только корпусом | Разбивка движений рук и ног. Стволовые функции (контроль головы) |
| Ползание на четвереньках | Ползание на четвереньках вперед-назад с опорой на колени и кисти выпрямленных рук; ходьба на четвереньках с опорой на колени и локти; хождение на | Разбивка движений рук и ног |

| Упражнение | Краткое описание | Диагностика и коррекционное воздействие |
|----------------------------------|---|---|
| Четвереньки | Перемещение на четвереньках вперед и назад, с одновременным передвижением одноименных руки и ноги, затем — разноименных руки и ноги. Сначала руки располагаются параллельно друг другу, затем — друг за другом и наконец перекрещиваются | Разбивка движений рук и ног. Межполушарное взаимодействие |
| Паровозик на четвереньках | Участники становятся на четвереньки. Каждый, кроме первого, руками держит за ноги участника, стоящего перед ним. Первый в составе является ведущим и руководит действиями остальных. Вместе участники синхронно выполняют описанные в предыдущем упражнении действия | Разбивка движений рук и ног. Межполушарное взаимодействие |
| Боковые четвереньки | Приставной шаг: руки и ноги двигаются параллельно и одновременно (правая рука вместе с правой ногой, а левая — с левой). Затем движение продолжается с перекрециванием рук: когда руки перекрещены — ноги сдвинуты вместе, а когда руки не скрещиваются — ноги врозь. | Разбивка движений рук и ног. Межполушарное взаимодействие |
| Прямые четвереньки | Включаются движения головы, глаз и языка в различных сочетаниях. Направо: рука, голова, глаза, язык; направо: рука, глаза, голова, а налево — язык; направо: рука, глаза, налево — голова, язык и т.д. | Разбивка движений рук и ног. Межполушарное взаимодействие |