

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗРАБОТКИ ПРОГРАММ СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С
РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА***Eglis Emiliya Pavlovna**Krasnoyarsk State Pedagogical University
named after V.P. Astafiev, student***THEORETICAL ASPECTS OF THE DEVELOPMENT OF SUPPORT PROGRAMS FOR CHILDREN
WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS**

Аннотация. Статья посвящена анализу проблемы разработки программ сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра. Ключевой момент, на котором авторы акцентируют внимание, заключается в недооценке физиологического аспекта развития детей с РАС. Рассматриваются особенности физиологического развития детей с РАС в их взаимосвязи со спецификой психологического и социального развития. Определяется значение средств адаптивной физической культуры и их место в программах сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра.

Annotation. The article is devoted to the analysis of the problem of developing support programs for children with autism spectrum disorders. The key point on which the authors emphasize is the underestimation of the physiological aspect of the development of children with ASD. The features of physiological development of children with ASD in their relationship with the specifics of psychological and social development are considered. The value of means of adaptive physical culture and their place in programs of support of children with autism spectrum disorders is determined.

Ключевые слова: аутизм, расстройства аутистического спектра, программа сопровождения, физиологическое развитие, физическое развитие, моторика, адаптивная физическая культура.

Keywords: autism, autism spectrum disorders, support program, physiological development, physical development, motor skills, adaptive physical culture.

Постановка проблемы. За последнее десятилетие расстройства аутистического спектра стали одним из самых распространённых видов нарушений в развитии детей. Частота встречаемости РАС растёт настолько быстро, что в научном сообществе стало принято говорить об эпидемиологическом характере распространения этого нарушения.

Во всём мире специалистами в области медицины, психологии и педагогики активно изучаются причины и факторы возникновения аутизма, особенности развития лиц с различными типами аутистических расстройств. Особое внимание уделяется вопросам разработки программ сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра.

Вместе с тем, несмотря на достаточную разработанность теоретико-методологического аппарата и множество прикладных методических рекомендаций в области коррекции РАС, разработка программ сопровождения детей с аутизмом по-прежнему вызывает у специалистов немало трудностей.

Выделение нерешенных ранее частей общей проблемы. На наш взгляд, основная причина трудностей при разработке программ сопровождения детей с РАС заключается в наличии противоречия между фактически установленным системным характером нарушений при аутизме и недостаточным вниманием к этому факту на практике. Речь в данном случае идёт о

том, что при разработке программ сопровождения детей с РАС специалистами уделяется повышенное внимание психолого-педагогическим и социально-психологическим аспектам коррекции нарушений в развитии, в то время как физиологический аспект проблемы практически не принимается во внимание, хотя системный характер нарушений априори предполагает определённые отклонения в физиологическом развитии, для коррекции которых так же требуется применение специальных средств.

На основании вышеизложенного были определены цели написания настоящей статьи:

- охарактеризовать особенности физиологического развития детей с РАС в их взаимосвязи со спецификой психологического и социального развития;

- определить значение средств адаптивной физической культуры и их место в программах сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра.

Изложение основного материала.

Прежде чем охарактеризовать особенности физиологического развития детей с расстройствами аутистического спектра, отметим одну очень важную деталь, – большинство детей с РАС внешне производят впечатление физически здоровых и не имеющих выраженных проблем моторно-двигательного свойства, однако это впечатление обманчиво. Вероятнее всего, иллюзия двигательной сохранности возникает из-за того,

что на первый план выходят социально-коммуникативные признаки расстройств (особенности реагирования на окружающих людей, специфика вербального и невербального поведения, нарушения контактности, неадекватное реагирование на ситуацию и т.д.).

Однако при ближайшем рассмотрении становится очевидно, что при выполнении любого задания, требующего включения целенаправленных двигательных актов, у ребёнка с РАС возникают трудности в совершении движений даже на уровне их простой имитации, а также сложности в понимании инструкции к действию.

Что касается непосредственно особенностей физиологического развития детей с РАС, то здесь следует, в первую очередь, говорить о сенсорных нарушениях, т.е. о тех, которые проявляются на уровне ощущений и восприятия.

Зрительное восприятие у детей с РАС характеризуется частичным или полным отсутствием реакции слежения взглядом за объектом. Для них характерен так называемый «сквозной» взгляд – такой, будто объекта, на который они смотрят, не существует. Такие дети сосредоточивают взгляд либо на беспредметном объекте (световом пятне, блестящей поверхности, тенях и т.д.), либо на отдельной части опредмеченного объекта (кусок ковра, часть стены, собственные руки и др.) [4].

При этом созерцанию свойственна высокая степень увлечённости и/или заворожённости. Типичный пример – долгое увлечённое рассматривание пальцев рук, которые ребёнок подносит к лицу, разглядывает со всех сторон, перебирает [8].

Помимо этой особенности, для аутичных детей характерен поиск определённых зрительных ощущений, которые вызываются демонстрацией ярких предметов в движении, особенно – в процессе их верчения, мелькающих изображений, стереотипной сменой зрительных ощущений (включение – выключение света, открывание – закрывание дверей и проч.). Интересно, что при заинтересованности в стереотипной смене зрительных ощущений имеет место зрительная гиперсензитивность, проявляющаяся в переживании испуга при резком включении света или раздвигании штор, стремлении к сумраку, темноте [5].

При отсутствии проблем с функционированием органов зрения, цветовое восприятие у детей с РАС обычно не только не нарушено, но и, напротив, отличается ранним различением цветов. При этом, испытывая трудности в вербализации своих ощущений и дефицитарность в функционировании воображения, аутичные дети проявляют своё цветовосприятие в рисовании стереотипных орнаментов [2].

Слуховые ощущения и восприятие тоже имеют свои особенности, среди которых можно назвать следующие: отсутствие реакции на большинство

звуков в окружающем их пространстве, боязнь отдельных звуков (обычно – громких, резких) с отсутствием привыкания к пугающим звукам. Нередко проявляется стремление к звуковой аутистимуляции приятными, успокаивающими звуками – шуршанием целлофана, звуком разрываемой бумаги, тихим скрипом створок двери. Звуки музыки могут вызывать как выраженное положительное отношение, вплоть до желания большую часть времени проводить под аккомпанемент музыкальных произведений, так и выраженную отрицательную реакцию, вплоть до полной непереносимости любой музыки [4].

Особенности тактильной чувствительности, кинестетического восприятия проявляются в несвойственных детям реакциях на мокрые пеленки, купание, причёсывание, стрижку ногтей, волос. Часто такие дети плохо переносят одежду, обувь, стремятся раздеться, они получают удовольствие от ощущений, вызываемых действиями по разрыванию тканей, бумаги, пересыпанию мелких предметов и веществ. Важнейшее специфическое свойство тактильных ощущений аутичных детей заключается в том, что они плохо переносят прикосновения к самим себе. В то же время, как это ни парадоксально, в процессе обследования окружающих предметов для них очень важны тактильные ощущения – они склонны исследовать предметы и объекты, тщательно их ощупывая, и это распространяется, в том числе, на одушевлённые объекты [2].

В описаниях клинико-психолого-педагогической картины РАС часто встречаются упоминания о том, что у аутичных детей имеются сложности с принятием пищи, явление отказа от приёма пищи в их среде является закономерным и широко распространённым. Это обусловлено особенностями вкусовой чувствительности. Помимо непереносимости вкуса отдельных продуктов и готовых блюд, для детей с аутизмом характерно стремление облизывать, есть или сосать несъедобные предметы и объекты [2, 4, 5, 8].

Обонятельные рецепторы у детей с РАС устроены таким образом, что аутисты обычно сверхчувствительны к запахам, а некоторые стремятся к обследованию окружающего с помощью обнюхивания [1].

Особенности проприоцептивной чувствительности проявляются в аутистимуляции напряжением тела, конечностей, ударах себя по ушам и зажимании их при зевании, ударах головой о спинку кровати, влечении к игре с взрослым типа верчения, кружения, подбрасывания. Широко распространено гримасничанье, не адекватное ситуации [8].

Перечисленные особенности сенсорного развития детей с РАС не относятся к числу тех, которые могут быть устранены. В этой связи важно понимать, что такие физиологические особенности аутичных детей должны учитываться при разработке программ сопровождения в виде рекомендаций по специальной организации

пространства, в котором позитивные проявления физиологических особенностей будут стимулироваться, а негативные – минимизироваться. Этот момент особенно важен, когда речь идёт об инклюзивном обучении детей с РАС в условиях общеобразовательных учреждений, в которых влияние факторов, продуцирующих негативные специфические сенсорные реакции неизбежно.

Кроме особенностей физиологического развития на уровне ощущений и восприятия, практически у всех детей с расстройством аутистического спектра имеются нарушения в развитии моторной сферы. У некоторых есть особенности при выполнении произвольных движений, видна недостаточность координации движений, неловкость при ходьбе.

Расстройство моторного формирования вызвано значительным уровнем тревоги аутичного ребёнка, недостаточным постижением происходящих событий, страхами. Ребёнок не совершенствуется, а впадает в защитные стереотипные формы поведения (однообразные, повторяющиеся ритмичные движения – бег по кругу, раскачивание, взмахи, манипуляции с мелкими предметами), следовательно, моторная сфера искажена и формируется очень медленно [1].

Многим детям с аутизмом свойственны нарушения регуляции мышечной деятельности, в результате этого своевременно не формируется контроль за двигательными актами, возникают трудности в формировании произвольных движений, в становлении их целенаправленности и координированности, страдает пространственная ориентировка [8].

У большинства детей с РАС возникают сопутствующие движения (синкинезии), а также трудности зрительно-моторных координаций. При этом сильно нарушенными оказываются моторные компоненты речи, тесно связанные с общим развитием как крупной, так и мелкой моторики.

Кроме того, имеют место двигательные стереотипии (раскачивания всем телом, похлопывания или почёсывания, движения пальцами перед глазами или движения руками, похожие на хлопанье крыльями, ходьба на цыпочках, кружение на одном месте), а также отмечается незнание и неиспользование детьми отдельных частей тела [1].

Нарушения двигательной сферы усугубляются характерными поведенческими особенностями аутичных детей с недостаточностью социального взаимодействия, взаимной коммуникации, недоразвитием воображения [9].

Говоря об особенностях физиологического развития детей с РАС в контексте теоретических основ разработки комплексных программ сопровождения аутичных детей, нельзя не упомянуть и о сопутствующих нарушениях и заболеваниях.

Согласно научным данным, от 30 до 40 процентов лиц с аутистическими расстройствами

имеют в анамнезе заболевание эпилепсией. Около половины случаев представлены различными типами эпилепсии (включая инфантильные спазмы) с началом в раннем детском возрасте. Вторую половину составляют случаи с началом преимущественно в период полового созревания [3].

Сложные парциальные и генерализованные тонико-клонические судорожные припадки – это наиболее часто наблюдаемые типы эпилепсии, но часто встречаются и смешанные типы судорог; при аутизме возможен любой тип судорожного расстройства [3].

При развёрнутой аутистической симптоматике временами встречается синдром Ландау-Клеффнера – расстройство, включающее вербальную слуховую агнозию и эпилептическую активность на ЭЭГ [4].

При аутизме судороги, возникающие в юном и более старшем возрасте, часто относительно доброкачественны, тогда как судороги, впервые появляющиеся в первые пять лет жизни имеют более злокачественное течение, а иногда являются плохим прогностическим признаком.

Нарушения зрения при аутизме встречаются часто, но могут представлять трудности для диагностики. По данным зарубежных исследователей, около половины детей с аутизмом, уровень развития которых позволяет провести полное офтальмологическое обследование, имеет аметропии или косоглазие, или то, и другое [3, 4].

По некоторым данным, среди слепых детей, особенно если слепота вызвана так называемой «ретинопатией недоношенных», высока частота аутизма [3].

Снижение слуха и глухота значительно чаще встречается при аутизме, чем среди населения в целом. Снижением слуха на 25 дБ или больше страдают около 20% детей с типичным аутизмом.

Дисфазия и сопутствующие ей расстройства очень часто возникают при расстройствах аутистического спектра. Значительная часть больных аутизмом страдает экспрессивной дисфазией, наслаивающейся на их типичную аутистическую речь и языковые нарушения.

Ближе к подростковому возрасту у лиц с РАС довольно часто начинают проявляться признаки кататонического синдрома. Эти проявления могут быть достаточно тяжёлыми, особенно у больных с относительно широким диапазоном активности [3].

Нарушения координации у детей (включая бедность мимических движений) может быть первым явным признаком нарушения развития аутистического спектра.

У детей с синдромом Аспергера часто наблюдается двигательная неуклюжесть, рассматриваемая в некоторых руководствах в качестве диагностического критерия. Неуклюжесть выражена не так сильно, как при аутистическом расстройстве, но под влиянием впечатления от сохранности высших функций пациента с синдромом Аспергера складывается впечатление

плохих двигательных навыков, так как в этой группе предполагаются нормальные двигательные навыки [10].

Аутизм и аутистические симптомы чаще, чем среди населения в целом, выявляются при ряде специфических медицинских состояний. И, наоборот, при аутизме высока частота таких заболеваний, как синдром ломкой X-хромосомы и другие хромосомные аномалии, туберозный склероз, нейрофиброматоз, синдром Мебиуса и синдром Ретта [3].

Безусловно, коррекционное воздействие на специфические физиологические нарушения, выражающиеся в симптоматике вышеназванных заболеваний, осуществляется медицинскими средствами и требует наблюдения врачами соответствующих профилей. Однако большинство физиологических особенностей при РАС – это мишень коррекционного воздействия педагогическими средствами, а именно – средствами адаптивной физической культуры.

Под адаптивной физической культурой понимается система специально-организованных физкультурно-спортивных занятий, направленных на коррекцию и развитие двигательной сферы [7].

Учитывая специфику детского возраста и тот факт, что трудности аутичного ребёнка во многом обусловлены дефицитом или неправильным распределением психофизического тонуса, можно утверждать, что детям с РАС необходимы и специальные занятия по коррекции и развитию двигательной сферы, и включение эпизодов таких занятий в игру. Для этого можно использовать различное игровое и спортивное оборудование, игровые предметы и спортивный инвентарь (тренажёрные устройства, спортивные комплексы, горки, батуты, мячи разных размеров, гимнастические палки, балансиры и др.).

Специалисты, имеющие опыт проведения занятий адаптивной физкультурой с аутичными детьми, утверждают, что на первых занятиях, а также при выполнении нового упражнения или двигательного задания необходимо широко использовать метод пассивных движений, постоянную помощь и стимулирование. На стадии формирования у аутичных детей стереотипа двигательной деятельности не нужно пытаться её разнообразить. Внимание ребёнка на новой деятельности, как правило, удерживается недолго. Если ребёнку понравилось какое-то двигательное задание, то его можно чередовать с другими заданиями, а на последующих занятиях нужно начинать опять с этого же задания, мотивируя тем самым ребёнка к деятельности и поддерживая интерес к занятиям. Разнообразить деятельность можно за счёт внесения в задание новых элементов, немного их усложняя [6].

Во время физкультурных занятий следует формировать «учебное поведение». Например, на занятии ребёнок может лежать, сидеть или стоять на коврик, или сидеть на гимнастической скамейке

или другом оборудовании, что помогает ему лучше концентрировать внимание на задании.

Привлекательность адаптивной физкультуры как средства коррекции физиологических особенностей детей с РАС заключается в относительной простоте методики проведения занятий и выполнения отдельно взятых упражнений. Способ предъявления задания не сложен: ребёнок сидит или стоит на коврик лицом ко взрослому; используя инструкцию «Посмотри на меня», взрослый выполняет определённое движение и называет его (например, «Руки кверху»); попытки ребёнка повторить это движение поощряются. Если же ребёнок не концентрирует внимание на движении, показанном взрослым, и даже не делает попыток его повторить, взрослый оказывает физическую помощь в его выполнении. Затем инструкция повторяется, и взрослый помогает ребёнку имитировать правильное движение, если ребёнок не выполняет его самостоятельно [6].

Постепенно объёмы и частота помощи со стороны взрослого уменьшаются, с тем, чтобы ребёнок приучался самостоятельно выполнять упражнение.

По мере усвоения ребёнком учебного стереотипа и овладения им навыками имитации, упражнения начинают усложняться – увеличивается число повторений, повышается уровень интенсивности. Затем начинает варьироваться последовательность выполнения упражнений в течение одного занятия.

Принципиально важным моментом, на который следует обратить особое внимание, является необходимость развития способности к произвольной организации движений собственного тела, которая, по сути, является фундаментом для формирования двигательной сферы. Для этого необходимо учить детей выполнять действия, требующие ориентировки в пространстве тела, поскольку «схема тела» является базовой и наиболее естественной, онтогенетически более ранней и закреплённой всем опытом человека системой ориентации.

Адаптивная физкультура содержит множество приёмов обучения восприятию и воспроизведению движений, начиная с элементарных вещей. Оптимальная последовательность обучения восприятию и воспроизведению движений такова: сначала ребёнка обучают выполнять движение головой, затем – выполнять движения кистями рук, после этого – выполнять положения, перемещения и движения рук; после обучения управлению руками учат выполнять положения, перемещения и движения ног: на завершающем этапе обучают выполнять положения и движения туловища [6].

В конечном итоге не только устраняются первичные физиологические дефекты в моторной сфере, но и достигается сложный психофизиологический эффект улучшения пространственной ориентации, что оказывает положительное влияние и на общее психическое

развитие, и на двигательную координацию, и на социальную адаптацию в окружающей среде.

Подводя итог всему вышесказанному, мы можем сформулировать следующие выводы:

- физиологическое развитие детей с РАС характеризуется целым рядом особенностей, в число которых входят: специфические черты функционирования органов зрения, обоняния, осязания, вызывающие нетипичное сенсорное реагирование; наличие сопутствующих заболеваний и расстройств; нарушения в двигательной сфере;

- адаптивная физкультура представляет собой потенциально высокоэффективное средство коррекции типичных моторно-двигательных нарушений, свойственных детям с РАС, и развития психофизиологического механизма пространственной ориентации;

- учёт физиологических особенностей детей с РАС и использование средств адаптивной физкультуры позволят обогатить содержание программ сопровождения детей с РАС и значительно повысить их результативность.

Список литературы

1. Гилберт К. Аутизм: Медицинское и педагогическое воздействие: Книга для педагогов-дефектологов / К. Гилберт, Т. Питерс; Пер. с англ. О.В. Деряевой; под науч. ред. Л.М. Шипицыной, Д.Н. Исаева. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. – 144 с.

2. Делани Т. Развитие основных навыков у детей с аутизмом: Эффективная методика игровых

занятий с особыми детьми/Т. Делани; пер. с англ. В. Дяттеревой; науч. ред. С. Анисимова. – 2-е изд. – Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2016 г. – 272 с.

3. Милевски И. Сопутствующие нарушения при аутизме у ребёнка / И. Милевски. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://meduniver.com/Medical/Neurology/soputstvuiuchie_naruszenia_pri_autizme.html

4. Морозова С.С. Аутизм: коррекционная работа при тяжелых и осложнённых формах: пособие для учителя-дефектолога / С.С. Морозова. – М.: Гуманитар, изд. центр ВЛАДОС, 2007. – 176 с.

5. Морозова С.С. Составление индивидуальных коррекционных программ для работы с аутичными детьми / С.С. Морозова. – М.: Б/И, 2008. – 74 с.

6. Плаксунова Э.В. Характеристика нарушений двигательной сферы у детей с аутизмом / Э.В. Плаксунова // Аутизм и нарушения развития. – 2008. – Т. 6. – № 2. – С. 50-62.

7. Попова Е.С. Развитие двигательной сферы дошкольников с расстройством аутистического спектра на игровых занятиях / Е.С. Попова // Молодой ученый. – 2018. – № 45. – С. 272-274.

8. Сансон П. Психопедагогика и аутизм: опыт работы с детьми и взрослыми / П. Сансон. – 2-е изд. – Москва: Теревинф, 2008 г. – 208 с.

9. Феррари П. Детский аутизм / П. Феррари; Пер. с фр. О.А. Власовой. – М.: РОО «Образование и здоровье», 2006. – 125 с.

10. Baron-Cohen S. Autism and Asperger Syndrome. – Oxford: University Press, 2008. – 176 p.