
Коррекция нарушений развития сенсорных систем у детей с расстройствами аутистического спектра

И.Л. Шпицберг,
старший научный сотрудник
Института проблем инклюзивного образования МГППУ,
руководитель реабилитационной программы в Учреждении
«Центр реабилитации инвалидов детства “Наш Солнечный Мир”»
E-mail: ipio.mgppu@gmail.com

В основе авторского метода соматосенсорной коррекции лежит концепция периферического акцента, формируемого ребенком с нарушениями в механизме функционирования каждого сенсорного канала в отдельности при выделении наименее информативного, периферического, направления в качестве основного. Специалист формирует стимулы в соответствующих зонах периферической и фронтальной чувствительности, стимулируя последовательное адекватное развитие сенсорных систем, что в итоге приводит к ослаблению тревожности и повышению обучаемости ребенка.

Ключевые слова: соматосенсорная коррекция, аутистическое развитие, гиперсензитивное восприятие, искаженное сенсорное восприятие, коммуникативный стереотип, синтез сенсорных сигналов.

Аутичный ребенок идет сквозь мир, наполненный яркими сенсорными переживаниями, своим собственным коридором, освещенным тусклым светом. Стены этого коридора, незримо воздвигнутые ребенком, не пропускают ни света, ни звука. Коридор полон отголосков, отзвуков, отблесков. Отраженный от стен звук, эхо отраженной речи, полоски света, пробивающиеся сквозь узкие щели в стенах, проецируют на стены фрагменты событий реального мира. Ребенок идет по этому коридору, наслаждаясь неуязвимостью и одиночеством. Даже если в реальности в этот момент мама ведет его за руку в давке московского метрополитена.

Принимая факт существования особенностей сенсорного восприятия у детей с аутистическими проявлениями, невероятно интересно, как им удастся оставаться невозмутимо равнодушными к ярким вспышкам света, к громким звукам и шумной толпе.

В последние годы возникает все больше случаев выявления нарушений развития аутистического спектра у детей различных возрастных групп. Безусловно это вызвано и некоторой «модой» на данный диагноз, и повышением общего уровня знаний об этом заболевании в среде диагностов. Однако часто основной причиной выстав-

ления данного диагноза становится невозможность представить пути восстановительного лечения и реабилитации. И тогда диагноз аутизм оказывается своеобразным оправданием отсутствия ясной коррекционной стратегии у специалистов.

Действительно, в работе с такими детьми специалисты сталкиваются с целым рядом практически непреодолимых трудностей. Врачи-психиатры сталкиваются с низкой эффективностью терапевтического воздействия психотропных препаратов (в первую очередь, нейролептиков). В ряде случаев удается использование лекарств в качестве «корректоров поведения», но такие случаи, к сожалению, не являются правилом. Использование ноотропных препаратов часто приводит к формированию избыточного возбуждения у детей и существенно препятствует организации коррекционной работы. К сожалению, нередко реакция ребенка на известный и давно применяемый препарат оказывается парадоксальной. В настоящее время в международной практике чрезвычайно редки примеры «лечения» аутизма медикаментозными средствами. Наиболее удачным считается сочетание медикаментозной поддержки с коррекционно-педагогической работой. Однако часто подбор лекарств занимает не один месяц, а то и год, а в случае с быстро формирующейся аутичной блокадой потеря времени оказывается невозможной.

Специалисты-дефектологи, в свою очередь, испытывают серьезные трудности в организации занятий с детьми, имеющими аутистические расстройства. Такие дети, обладая уникальной, но невероятно избирательной памятью, отказываются запоминать «элементарные» вещи. Выстраивают сложные последовательности из различных предметов и действий и при этом отказываются воспроизводить предлагаемые специалистом простые схемы. Имеют структурное представление

о многих объектах и явлениях внешнего мира и одновременно не могут разобраться в повседневных, очевидных для любого маленького ребенка, причинно-следственных связях.

Чаще всего основной проблемой в организации коррекционно-педагогической работы с детьми, имеющими РАС, оказывается невозможность установления «общего языка» между специалистом и ребенком. Аутичный ребенок воспринимает внешний мир способом, слишком отличающимся от восприятия специалиста.

Интересным также кажется тот факт, что поведенческие признаки, свойственные детям с диагнозом аутизм, встречаются и у детей с совершенно другими заболеваниями (такими как ДЦП, синдром Дауна и др.).

Можно предположить, что в случае нарушения процессов и «механизмов» восприятия, вызванного разными причинами, ребенок выстраивает «аутичную» модель адаптации к внешнему миру как наиболее результативную и наименее травматичную. Все существующие основные диагностические системы (ДСМ-III-R, ДСМ-IV и МКБ-10) сходятся в том, что для постановки диагноза аутизм должны присутствовать 3 основных нарушения: недостаток социального взаимодействия, недостаток взаимной коммуникации (вербальной и невербальной) и недоразвитие воображения, которое проявляется в ограниченном спектре поведения [6].

Многие исследования природы и структуры особенностей развития детей с дизонтогенезом, имеющих расстройства аутистического спектра, подтверждают гипотезу о гиперсензитивном восприятии, свойственном им на ранних этапах онтогенеза [4; 6; 7; 12]. Таким образом, согласно этой гипотезе, становится очевидной невозможность адекватного развития сенсорных систем у аутичных детей.

Также можно предположить, что дефект развивается как в процессе раннего формирования сенсорных систем (до 1,5-2-х лет), так и впоследствии, в результате использования патологически сложившегося «сенсорного стереотипа».

О.С. Никольская, один из ведущих отечественных специалистов в области изучения и коррекции детского аутизма и сходных расстройств у детей, полагает, что у детей с расстройствами аутистического спектра нарушено развитие системы аффективной организации сознания и поведения в целом [5]. К этому приводят два патогенных фактора: нарушение возможности активно взаимодействовать с окружающей средой и снижение порога аффективного дискомфорта в контактах с миром (другими словами, повышенная чувствительность аутичных детей к любым сенсорным раздражителям).

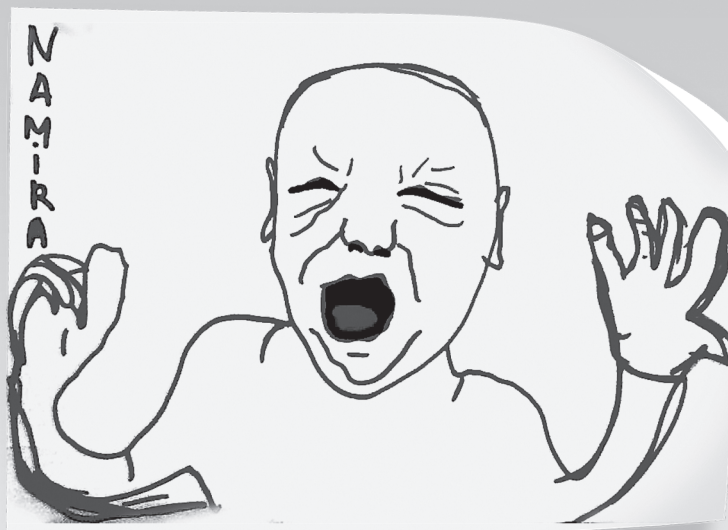
В норме ребенок учится распознавать внешние объекты максимально достоверно за счет:

1. Оттачивания техники «фиксации» на объекте, используя навыки игнорирования вторичной, шумовой информации;
2. Синтеза различных сенсорных сигналов от различных сенсорных систем и анализа качеств и свойств объекта.

При развитии по аутистическому типу, так как большинство поступающих сенсорных сигналов воспринимаются как избыточные, ребенок вынужден обучаться процессам «игнорирования», снижения интенсивности поступающего сигнала. В результате «у ребенка фиксируется реакция ухода от направленных на него внешних воздействий» [8].

Вместо последовательного развития и совершенствования сенсорных систем в направлении изучения окружающего мира у ребенка развивается механизм игнорирования внешних сигналов. В то же время интенсивно развивается чувствительность по направлениям, несущим

Особые дети – особый взгляд на мир



минимум сенсорной информации, – вместо насыщенного сенсорными сигналами фронтального направления развиваются периферические зрительные и слуховые поля. Ребенок избегает любых ярких (интенсивных) сенсорных стимулов, глазного контакта, плачет, когда его берут на руки. Сенсорные механизмы отстраиваются так, чтобы, воспринимая минимум сенсорной информации, тем не менее давать ребенку представление о внешнем мире. Поэтому не формируется синтез различных сенсорных систем (зрительной, слуховой, кинестетической), не формируется бинокулярное зрение и бинауральный слух.

Если посмотреть, как аутичный ребенок отслеживает руку взрослого, звенящего в колокольчик, можно заметить, что он или смотрит, или слушает, и никогда не делает того и другого одновременно. Синтез сенсорных стимулов у ребенка с аутизмом происходит только лишь при формировании ребенком аутостимуляций – процесса, призванного за счет своей высокой интенсивности отвлекать от всех остальных внешних стимулов.

В течение семи лет в США группа нейрофизиологов проводила исследование, целью которого было выявление морфофункциональных особенностей нервной системы детей с аутизмом. Данные, опубликованные в марте 2007 года, свидетельствуют о несформированности у детей репрезентативной группы специфических зон сенсорной интеграции, в первую очередь, – угловой извилины.

Можно предположить, что для реализации задач, связанных с игнорированием, аутичный ребенок тренирует и совершенствует механизмы фиксации, добиваясь максимального самопоглощения свойствами выделяемого объекта. Одновременно с выбором наименее информативных сенсорных направлений как приоритетных в восприятии внешнего мира

у ребенка формируется устойчивая система замещений предполагаемых незнакомых (и, следовательно, потенциально опасных) стимулов хорошо известными собственными – формируются «аутостимуляции», стереотипии. В этом процессе также ведущую роль играет развитие механизмов фиксации. К стереотипности приводит необходимость взять под контроль контакты с миром и оградить себя от дискомфортных впечатлений [8].

Аутостимуляции могут быть как «подкрепляющего», так и «замещающего» характера в зависимости от поглощенности процессом и возможности совмещения стереотипной и произвольной деятельности. Таким образом, ребенок остается навливающимся на «аутичном» варианте механизма саморегуляции как на наиболее адаптивном в его случае.

В дальнейшем, когда острый (сензитивный) период проходит, ребенок продолжает осваивать внешний мир уже более спокойно, используя свою специфически отстроенную сенсорную систему. Совершенствуются периферические сенсорные направления, мир воспринимается дискретными сигналами, не связанными ни в рамках одной сенсорной системы, ни в синтезе различных систем. Стереотипии занимают существенное, главенствующее место в общей «сенсорике» аутичного ребенка. «Замещающие» стереотипии практически полностью вытесняют внешние сенсорные стимулы, «подкрепляющие» – обеспечивают стабильное самоощущение, не препятствуя восприятию внешней информации.

В международной и отечественной практике существует множество подтверждений представления об искаженном механизме восприятия у аутичных детей [1; 2; 3; 4; 5; 7; 10; 11].

Как отмечают О.С. Никольская и ее коллеги, развитие восприятия аутичного ребенка сопровождается нарушением

ориентировки в пространстве, искажением целостной картины реального предметного мира, а также изолированным вычленением отдельных ощущений собственного тела и звуков, красок или форм окружающих вещей [8].

В отечественной практике один из основных подходов к коррекции состояния детей с аутизмом и сходными нарушениями был предложен в Институте коррекционной педагогики К.С. Лебединской, а затем продолжен и развит О.С. Никольской и сотрудниками ее лаборатории. Суть подхода заключается в своего рода лечебном воспитании ребенка, направленном на развитие осмысленного взаимодействия ребенка с окружающим миром. Первой задачей является установление эмоционального контакта с ребенком. Специалист привлекает внимание ребенка – сначала не к себе, а к приятному сенсорному эффекту, насыщая ребенка разнообразными сенсорными впечатлениями, в том числе путем зрительной, вестибулярной и звуковой стимуляции, при этом постоянно отслеживая реакцию ребенка. Во время работы специалист связывает себя, свое лицо, улыбку, голос с привычной аутистической стимуляцией ребенка. Установление и развитие эмоциональной связи дает специалисту возможность помочь аутичному ребенку перейти от защиты к постепенному освоению мира.

Описание метода коррекции нарушений развития сенсорных систем у детей с расстройствами аутистического спектра

Предлагаемый метод способствует установлению эмоционального контакта с ребенком, имеющим расстройства аутистического спектра, с помощью специфической стимуляции его сенсорных систем. Применение метода позволяет перестроить систему восприятия аутичного ребенка, приблизив ее к нормальной схеме,

снять вызываемую определенными сенсорными стимулами тревожность и значительно повысить концентрацию внимания и, как следствие, обучаемость ребенка.

Существует целый ряд методов, направленных на стимуляцию развития сенсорных систем у аутистов. Наиболее близким к предлагаемому способу представляется подход к коррекции детского аутизма, предложенный психологом Делакаато [11]. Карл Делакаато утверждает, что работа по коррекции сенсорного восприятия необходима для обеспечения возможности взаимодействия ребенка с педагогами и социальным окружением.

Согласно Делакаато, каждый из основных сенсорных каналов аутичного ребенка может находиться в одном из трех состояний: гипочувствительность, гиперчувствительность или зашумленность («белый шум»). Исходя из этого положения, предлагается определенным образом (в зависимости от характера изменения) стимулировать каждый сенсорный канал, добиваясь устойчивых реакций. Но у аутичного ребенка остается возможность игнорирования терапевтического воздействия, осуществляемого в рамках одного сенсорного канала (благодаря описанному выше механизму), что существенно снижает эффективность терапевтического процесса.

Однако, по моему мнению, патологические изменения сенсорного восприятия у аутичных детей характеризуются иначе: в отличие от способа, разработанного Делакаато, утверждающего, что патологические изменения происходят *в целом* в каждом сенсорном канале (зрительном, слуховом и т.д.), в основе способа, представленного в данной статье, лежит концепция *периферического акцента*, формируемого ребенком с использованием механизма «игнорирование – фиксация»: патологические изменения происходят

Особые дети – особый взгляд на мир



в механизме функционирования каждого сенсорного канала в отдельности за счет выделения периферического (наименее информативного) направления и использования его в качестве основного.

Этот же принцип позволяет ребенку, имеющему расстройство аутистического спектра, эффективно «защищаться» от избыточности сенсорного восприятия вообще за счет формирования «дезинтегративного» механизма восприятия в целом.

В предлагаемом способе коррекции воздействие осуществляется на направления/зоны «фиксации» (в рамках каждого сенсорного канала), в результате чего эффективность коррекции существенно возрастает. Аутичный ребенок не имеет возможности проигнорировать оказываемое воздействие и вынужден взаимодействовать с терапевтом.

В процессе работы с аутичными детьми мной было обнаружено, что нарушения восприятия аутистического спектра могут быть скорректированы путем специфического взаимодействия специалиста и ребенка, при котором специалист оказывает воздействие на сенсорные системы, формируя стимулы в соответствующих зонах периферической и фронтальной чувствительности. Метод получил название «Соматосенсорная коррекция».

Целью взаимодействия является стимулирование последовательного адекватного развития сенсорных систем ребенка, схожего с естественным развитием, соответствующим определенным этапам онтогенеза. При этом особое внимание уделяется формированию **сочетанности** в сенсорном восприятии, синтезу различных сенсорных систем (в первую очередь, зрительного, слухового, тактильного и кинестетического восприятия, поскольку именно эти системы используются человеком для пространственной локализации) и формированию фронтального сенсорного направления как приоритет-

ного. Помимо этого существенное внимание уделяется совершенствованию механизмов фронтального взаимодействия ребенка со специалистом.

В качестве стимулов используются в первую очередь лицо и ладони рук специалиста, положение его тела в пространстве относительно ребенка, различные звуки, издаваемые специалистом (хлопки и т. п.). Способ учитывает онтогенетически закрепленную потребность ребенка в установлении первичного контакта со взрослым на ранних этапах онтогенеза, ориентируясь на лицо и глаза взрослого.

Таким образом, помимо задач, связанных с развитием сенсорики ребенка, в процессе занятий заново выстраивается коммуникативный стереотип, в норме формирующийся на первом году жизни.

Способ направлен на решение следующих основных задач:

1. Перенос области концентрации внимания ребенка из периферических областей восприятия во фронтальную, что является также основой для формирования бинокулярности зрения и бинауральности слуха. За счет этого достигается улучшение восприятия мира в соответствующем нормальном развитии направлении и, таким образом, улучшение произвольной деятельности ребенка.

2. Формирование сочетанности и согласованности в работе сенсорных систем. Способ позволяет буквально «вытолкнуть» аутиста из привычных, но дезинтегрированных периферических зон восприятия, и пользуясь возникающей возможностью фронтальной фиксации, сформировать связанность сенсорных систем по всему пространству. В свою очередь, обогащение сенсорного опыта ребенка способствует формированию и укреплению процессов целеполагания и аффективного самоконтроля.

3. За счет формирования цельной сенсорной системы и аффективного

самоконтроля у ребенка возникает цельный узнаваемый образ мира, что позволяет ему ощутить собственное место в структуре отношений с внешним миром. При возникновении понимания у ребенка (в результате улучшения распознавания поступающих сигналов) происходит снятие тревожного перенапряжения, вызванного непониманием информации, поступающей с периферических направлений восприятия; высвобождаются силы, расходуемые на компенсацию тревожности, возникающей в результате непонимания.

Можно выделить следующие основные этапы реализации метода соматосенсорной коррекции:

1. Внедрение в периферическое пространство ребенка и установление контакта специалиста с ребенком в периферических зонах восприятия.

2. Формирование устойчивых схем синтезированного восприятия (по зрительному, слуховому и тактильному анализаторам) в периферических областях как наиболее «освоенных» ребенком с расстройством аутистического спектра.

3. Выведение сформированных схем синтезированного восприятия во фронтальное направление. Создание условий для формирования адекватной произвольной деятельности во фронтальном направлении.

Для достижения устойчивой положительной динамики оптимально проведение 20-30-минутных индивидуальных сеансов с частотой 1-2 раза в неделю. Во время сеанса специалист, встраиваясь в собственную двигательную активность ребенка, быстрыми движениями рук (чтобы не успел сработать механизм игнорирования) стимулирует зоны периферической чувствительности зрительного анализатора; шуршанием пальцев в определенных позициях относительно головы ребенка, хлопками, голосом стимулирует

периферические зоны восприятия слухового анализатора; нажатием пальцев на определенные точки на теле ребенка (как правило, в направлении от проксимальных отделов к дистальным) стимулируется периферическая зона чувствительности тактильного анализатора.

Для большего акцентирования и пространственной локализации могут использоваться различные музыкальные инструменты с учетом особенностей их восприятия человеком (колокольчики, варган, флейта, перкуссия).

В процессе воздействия происходит последовательное совмещение различных сенсорных стимулов в определенных точках пространства относительно тела ребенка. Для достижения целостности гемисферального пространства специалист периодически перемещается относительно сагиттальной плоскости тела ребенка. При этом приоритетно формируется синтезированное (цельное) восприятие во фронтальном направлении, создаются условия для формирования бинокулярного зрения и бинаурального слуха.

Все действия осуществляются в процессе обычной деятельности ребенка, чтобы он не сосредотачивался на игнорировании стимулов.

Результативность воздействия может быть оценена по следующим основным показателям:

1. Снижение психоэмоционального напряжения у пациента и тревожности в целом;
2. Значительное улучшение обучаемости, в том числе подражания и интереса к внешним объектам, а также усложнение схем действий;
3. Улучшение в коммуникативной сфере (появляется / становится более устойчивым глазной контакт; появляется инициатива в контакте).

Первые изменения могут наблюдаться после проведения уже 1-6 сеансов, а стой-

кие ощутимые изменения обычно начнутся через 2-3 месяца после начала терапии.

Процесс коррекции можно разделить на 4 этапа:

1. Дискомфортный период – установление «языка взаимодействия» между специалистом и ребенком. Обязательное условие для повышения комфорта, обеспечения ощущения безопасности, ребенка – присутствие на сеансе матери (родителей).

2. Начало взаимодействия. Происходит закрепление «общей системы координат» ребенка и специалиста, при этом система пространственных и регуляторных представлений ребенка начинает перестраиваться. На этом этапе у ребенка может наблюдаться некоторая потеря координации, а также резкое усиление аутостимуляций как способа компенсации тревожности, возросшей в результате изменений. Как справедливо отмечает О.С. Никольская, проявления стереотипности можно рассматривать не только как сигналы болезненного регресса, но и, напротив, как возможные признаки активизации и усложнения отношений с миром.

На этом этапе важно подключать к реабилитации других специалистов, чтобы способствовать формированию у ребенка новых моделей поведения взамен аутостимуляций.

3. Период устойчивого развития. В среднем начинается через 6-7 сеансов (1,5-2 месяца). Наблюдается устойчивое взаимодействие с терапевтом и, как следствие, устойчивая позитивная динамика: постепенное снижение количества аутостимуляций и использование их ребенком преимущественно в качестве «подкрепляющих».

4. Постепенная десенсибилизация специфических для аутичных детей сенсорных направлений (прежде всего, периферических), что, в свою очередь, приво-

дит к уменьшению возможности терапевтического воздействия (ребенок начинает пользоваться фронтальным зрением как основным, а стимулы с периферических зрительных и слуховых зон перестают быть избыточными).

Сам способ сначала просто «пробивает» аутичную защиту, однако по мере того как у ребенка открываются новые сенсорные возможности, появляется потребность в их реализации, насыщении. На этом этапе принципиально увеличивать интенсивность информационного воздействия на ребенка с помощью занятий с дефектологом. Ребенка следует поместить в соответствующую возрастным потребностям социальную среду (например, в группу детского сада), стимулировать формирование коммуникативных навыков и т. д. Проведение дополнительных занятий с логопедом, дефектологом и другими специалистами, использующими когнитивно-ориентированные методики, особенно необходимо в тех случаях, когда возраст ребенка на момент начала занятий превышает 4 года.

Постепенно описанный способ переходит из основного в поддерживающий, обеспечивающий открытость и дальнейшее саморазвитие процессов сенсорной интеграции.

Целью применения метода является восстановление у ребенка характерного для нормального развития механизма сенсорного восприятия, в том числе достижение сенсорной интеграции стимулов по трем сенсорным направлениям (зрительному, слуховому и тактильному), что ведет к снижению тревожности в восприятии внешнего мира, к существенному увеличению исследовательской активности, улучшению коммуникативных возможностей, к общей нормализации эмоционального состояния и увеличению объема произвольных действий. Как следствие, отмечается рост успешности в про-

цессе занятий с логопедами, дефектологами и другими специалистами, использующими когнитивно-ориентированные методики. Улучшение психоэмоционального состояния повышает шансы детей с РАС на благополучный процесс интеграции в дошкольные и школьные учреждения общего вида.

В случае аутичных проявлений у детей с нарушениями развития органического генеза может быть необходимо продолжать занятия в «фоновом» режиме, т.к. у многих детей наблюдается тенденция к сужению пространства восприятия. При этом доминанта периферического восприятия не возвращается, связанность сенсорных стимулов не нарушается, однако при прекращении занятий все же наблюдается сужение активного сенсорного пространства.

Способ соматосенсорной коррекции детей с нарушениями в развитии, в первую очередь, аутистического спектра, разрабатывается и совершенствуется на протяжении 18-ти лет в Центре реабилитации инвалидов детства «Наш Солнечный Мир». За время применения способа в коррекционной практике положительная динамика разной степени наблюдалась у большинства детей, имеющих РАС (близко к 90%).

В диагностике и наблюдении за процессом развития аутичных детей, к сожалению, электрофизиологические и другие инструментальные методы исследования являются низкоинформативными. Поэтому в настоящее время, в том числе и в международной практике, основным методом оценки состояния детей-аутистов является метод клинических наблюдений. За 18 лет метод соматосенсорной коррекции применялся в работе с более чем 300 детей. Ниже приведено несколько примеров.

Пример 1

Ребенок Г.Д., возраст 8,5 лет. Начал заниматься с 4,5 лет. На момент начала

занятий: диагноз аутизм (2-я группа по классификации О.С. Никольской). Крайне высокая степень тревожности, постоянные истерики с элементами аутоагрессии. Требовал постоянного присутствия матери рядом, крайне негативно реагировал на непонятные звуки, перемену освещения, громкий голос. Отсутствовал глазной контакт, в речи преобладали эхолалийные формы.

Условно контактировал только с матерью: требовал от нее выполнения инструкций, в основном, противоречивого характера («принести-унести»). До начала терапии консультировался у различных специалистов: везде подтверждался диагноз аутизм, назначалась терапия нейрорептиками и, по возможности, занятия с дефектологом. Однако все попытки организовать такие занятия заканчивались неудачей, т.к. ребенок не мог выстроить диалог с педагогом.

Занятия по методу соматосенсорной коррекции проводятся с ребенком на протяжении 3-х лет с частотой 1-2 раза в неделю. Положительная динамика наблюдалась специалистами и родителями практически сразу после начала занятий. Постепенно уменьшились общая тревожность, категоричность в требованиях ребенка, улучшались коммуникативные и когнитивные способности. На определенном этапе стали возможны занятия с логопедом-дефектологом. В возрасте 6,5 лет ребенок начал посещать занятия в группе по подготовке к школе. В 7,5 лет продолжил обучение в 1-м классе общеобразовательной школы.

Сейчас, когда мальчику 8,5 лет, он имеет ряд особенностей в поведенческой сфере, однако диагностируется специалистами как ребенок с ЗПР (задержка психического развития) с возможностью в перспективе «догнать» свою возрастную норму.

Пример 2

Ребенок П.Р., возраст 5 лет. Начала заниматься с 3-х лет. До начала занятий была обследована в Институте коррекционной педагогики РАО. Поставлен диагноз аутизм, назначено лечение нейрорептиками. Ребенок крайне тревожен, с частыми истериками, высокой степенью психоэмоционального напряжения, у нее отмечалось значительное количество стереотипных движений и действий, глазной контакт отсутствовал, обучение было крайне затруднено в силу невозможности установления контакта, достаточного для диалога.

Через месяц после осмотра начала посещать занятия по методике соматосенсорной коррекции. Занятия проводятся с ребенком на протяжении 1,5 лет с частотой 1-2 раза в неделю.

За время занятий, по оценке родителей и наблюдающих специалистов, девочка значительно изменилась: она начала пользоваться фронтальным зрительным направлением как приоритетным, появился устойчивый глазной контакт, улучшилась предметно-манипулятивная деятельность, активно развиваются игровая деятельность и коммуникативные навыки, существенно улучшились процессы психоэмоциональной саморегуляции, общий эмоциональный фон. Ребенок посещает среднюю группу детского сада общего вида. В целом в настоящее время (сейчас девочке 5 лет) диагностируемый уровень развития соответствует возрасту 3,5 лет.

На данный момент у ребенка практически полностью отсутствуют поведенческие признаки, типичные для аутистов, и это позволяет ей на одном уровне с другими детьми участвовать в развивающих занятиях в группе детского сада. Диагностируемое состояние соответствует общей задержке психоречевого развития (ЗПР), с постоянной положительной динамикой в развитии.

В перспективе ситуация видится благоприятной для последующей интеграции ребенка в обычную социальную среду и предполагается дальнейшее развитие с незначительным отставанием от возрастной нормы.

Пример 3

Ребенок А.Б., возраст 7 лет. Начал заниматься в возрасте 5-ти лет. Диагноз на момент начала занятий: последствия ДЦП (спастическая форма), атипичный аутизм. Наблюдались: высокая степень тревожности, истеричность, отсутствие глазного контакта, большое количество аутостимуляций, отсутствие речи и коммуникативных навыков, практически полное отсутствие понимания обращенной речи. Помимо этого, имелись значительные изменения в моторной сфере: повышенный мышечный тонус, хождение на цыпочках.

Занятия по методике «Соматосенсорная коррекция» проводятся с ребенком на протяжении 2-х лет с частотой 1-2 раза в неделю.

За время занятий у мальчика существенно снизилась тревожность, появился устойчивый глазной контакт, фронтальное зрительное направление установилось как приоритетное, значительно улучшились понимание обращенной речи и адекватность поведения, появились попытки самостоятельной речи.

По моему мнению, в данном случае можно ожидать дальнейшей положительной динамики в развитии ребенка при условии продолжения занятий соматосен-

сорной коррекцией в фоновом режиме (1-2 раза в месяц), поскольку при прекращении занятий у ребенка наблюдается тенденция к «сворачиванию пространства восприятия» (что типично для детей, аутистические проявления которых связаны с органической природой нарушения).

Заключение

...в пустом коридоре, по которому идет ребенок, возникает человек, сперва как неясный расплывчатый образ (призрак, фантом, поэтому он поначалу не так опасен, но пугает неясностью форм и намерений), становящийся все более и более явственным. Человек берет ребенка за руку и начинает показывать ему объекты за стенами коридора, прояснять цельность их природы. Стены начинают изменяться, становятся более прозрачными. За ними начинают угадываться объекты внешнего мира.

Особенность метода соматосенсорной коррекции в том, что мы не добиваемся полного разрушения стен, – это слишком травматично. Мы не имеем права оставить ребенка в беззащитном самоощущении. В идеале, **узнав** о существовании внешнего мира, ребенок научается регулировать «прозрачность» стен, изменяя этот параметр в зависимости от собственного состояния. Это обеспечивается ненасильственным характером «проникновения» терапевта в пространство ребенка. Если ребенок замирает, вслушиваясь в возникающие ощущения, терапевт делает паузу, покидая на время зону контакта. ■

Литература

1. Баенская Е.Р. Особенности раннего аффективного развития аутичного ребенка в возрасте от 0 до 1,5 лет // Дефектология, 1995. № 5.
2. Башина В.М. Ранний детский аутизм // Исцеление: Альманах. М., 1993.
3. Богдашина О. Аутизм: определение и диагностика. Донецк, 1999.
4. Гилберг К., Питерс Т. Аутизм: медицинские и педагогические аспекты. СПб., 1998.

5. Лебединская К.С. Ранний детский аутизм / Нарушения эмоционального развития как клиничко-дефектологическая проблема. М.: НИИ дефектологии РАО, 1992.
6. Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностическая карта. Исследование ребенка первых двух лет жизни при предположении у него раннего детского аутизма / Диагностика раннего детского аутизма. М.: Просвещение, 1991.
7. Манелис Н.Г. Ранний детский аутизм: психологические и нейропсихологические механизмы // Школа здоровья. 1999. № 2.
8. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. М.: Теревинф, 2000.
9. Bailey A, et al. Clinicopathological Study of Autism / Brain. 121, 1998.
10. Coleman M., Gillberg C. The Biology of the Autistic Syndromes. Praeger, 1985.
11. Delacato C.H. The Ultimate Stranger; the Autistic Child. Garden City, N.Y., Doubleday, 1974.
12. Houzel D. Le monde tourbillonnaire de l'autisme, in «Approche psychanalytique de l'autisme infantile», Lieux de l'enfance, n 3, 1985.

The treatment of sensory systems developmental disorders in children with autism spectrum disorders

I.L. SHPITZBERG

Senior Researcher, Institute of problems of inclusive education MSUPE,
head of the rehabilitation program in the Center for Rehabilitation
of disabled children "Our Sunny World"
E-mail: ipio.mgppu @ gmail.com

The author proposes a new method of treatment of sensory systems abnormalities to add to the current body of approaches and methods for stimulation of distorted sensory perception in children with autism spectrum disorders. The method is based on the reconstructing the perception system of the child during the specific interaction with a rehabilitation professional. The somatosensory treatment is based on the concept of peripheral accent, which is formed in a child with disabilities in mechanism of functioning of each sensory channel separately, highlighting the least informative, peripheral direction as the core. Professional forms stimulus in the areas of the peripheral and front sensitivity, stimulating consistent adequate development of sensory systems, which ultimately leads to a weakening of anxiety and improve learning of the child.

Keywords: somatosensory treatment, autistic development, hypersensitive sensory perception, distorted sensory perception, communicative stereotype, synthesis of sensory signals.