

Баенская Е.Р., Либлинг М.М.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ
НАРУШЕНИЯХ РАННЕГО
ЭМОЦИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ**

Методическое пособие

Москва - 2001

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ НАУЧНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

«ЦЕНТР РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И СПЕЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

ДЕТЯМ С ВЫЯВЛЕННЫМИ ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ»

ИНСТИТУТ КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ РАО

Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Психологическая помощь при нарушениях раннего эмоционального развития: Методическое пособие. – М.: Полиграф сервис, 2001. – С.

В книге рассматриваются закономерности начальных этапов эмоционального развития при раннем детском аутизме. Представлены методы диагностики нарушений взаимодействия ребенка с окружающим миром и признаков искажения его аффективного развития. Предлагаются направления психологической коррекционной работы, ориентированной на семью такого ребенка.

Пособие адресовано врачам-педиатрам, детским психоневрологам и невропатологам, воспитателям дошкольных учреждений, логопедам, дефектологам, психологам. Оно рекомендуется родителям, воспитывающим детей с особенностями эмоционального развития, может быть использовано при обучении студентов психологических и дефектологических факультетов вузов.

Методическое пособие выполнено в рамках НТП Министерства образования Российской Федерации «Научное, научно-методическое, материально-техническое и информационное обеспечение системы образования», подпрограммы: «Научное и научно-методическое обеспечение функционирования системы образования».

© Баенская Е.Р., Либлинг М.М., 2001

ОГЛАВЛЕНИЕ:

Введение	стр.4
Особенности аффективного развития при раннем детском аутизме	стр.8
Варианты аутистического развития	стр.22
Позиции родителей	стр.37
Организация коррекционной работы	стр.47
Приемы организации коррекционной помощи	стр.56
Проблемы поведения	стр.71
Метод холдинг терапии в работе с аутичными детьми	стр.86
Заключение	стр.118
Список литературы	стр. 120

ВВЕДЕНИЕ

Рождение ребенка - событие всегда одновременно и радостное и тревожное для родителей. Все ли благополучно? Как лучше воспитывать малыша? Эти и многие другие вопросы неизбежно встают перед близкими ребенка. Конечно, существуют собственная материнская интуиция, советы опытных бабушек, книги, которые можно почитать, наконец - возможность регулярного посещения поликлиники. Однако даже если ребенок находится под тщательным присмотром родных и специалистов, это не всегда может уберечь от невнимания к ряду признаков благополучия психического развития.

Основным критерием нормального онтогенеза является, как известно, соответствие определенным формальным показателям развития отдельных психических функций (восприятия, моторики, речи и т.д.). При этом отслеживается своевременность прохождения основных этапов развития (когда сел, встал, начал фиксировать взгляд, следить за движением игрушки, брать ее в руку, координировать движение руки и взгляда, когда появились гуление, лепет, первые слова и т.д.). Именно по этим известным признакам обычно идет оценка благополучия физического и психического развития малыша (Фигурин Н.Л., Денисова М.П., 1949; Щелованов Н.П., 1960; Аксарина Н.М., Кистяковская М.Ю., 1969).

Прохождение этапов эмоционального развития тоже может быть отслежено по таким же возрастным вехам. Однако, как правило, этому не уделяется столь большого внимания. Тревоги возникают, если в поведении ребенка вовремя не формируются улыбка, интерес к человеческому лицу, узнавание близких. Также естественно вызывают беспокойство малая отзывчивость на воздействия извне, выраженная пассивность в контактах с

окружением, либо, наоборот, чрезмерная возбудимость. Однако эти настораживающие тенденции часто расцениваются как проявление особого характера малыша - тормозимого или ранимого, впечатлительного.

Для адекватной оценки благополучия формирующейся эмоциональной сферы крайне важно, однако, не только заметить отсутствие или задержку появления какой-то обязательной поведенческой реакции, но и определить ее качество. Как это ни покажется парадоксальным, наиболее тяжелые и сложные нарушения эмоционального развития, возникающие, например, при раннем детском аутизме и становящиеся очевидными к 2,5 - 3 летнему возрасту ребенка, могут закономерно вырастать из едва уловимых, тонких признаков аффективного неблагополучия на самых ранних этапах онтогенеза. Их часто нельзя зафиксировать по каким-либо формальным критериям, так как развитие такого ребенка может вполне укладываться в границы нормы, а иногда выглядеть по ряду параметров и как опережающее. Даже очень внимательные родители не всегда могут заметить своеобразные черты поведения ребенка, особенности его реагирования на близких и окружение в целом. Трудно бывает и правильно оценить их, часто значимые признаки патологических тенденций аффективного развития вначале ошибочно воспринимаются как положительные качества малыша - крайне спокойного, "удобного", не просящегося на руки или бесстрашного.

Во многих случаях родители даже чувствуют, что с ребенком "что-то не то", но что - непонятно: то ли такой особый характер, то ли они сами недостаточно умелы и правильны во взаимодействиях с ним. Особенно трудно это понять, когда такой ребенок первый. Осознание проблем часто начинается, когда у мамы появляется возможность сравнивать своего малыша с его

сверстниками (на приеме в поликлинике, с детьми подруг, на детской площадке).

К сожалению, в большинстве таких случаев не помогает и раннее обращение к специалистам - педиатрам и невропатологам. Пока ребенок находится в младенческом возрасте, которые часто не поддерживают родительских опасений. С ростом ребенка, когда нарастающие трудности его организации начинают проявляться более явно, возникают гипотезы о возможной недостаточности интеллектуального, речевого развития, каких-то нарушений в области восприятия.

Так, когда он не достаточно реагирует на обращение, не откликается на имя, то возникают прежде всего подозрения на снижение слуха; если не пользуется речью - на речевые нарушения. Предположения о серьезных отклонениях аффективного развития, как правило, возникают в последнюю очередь. Тем не менее эти отклонения достаточно распространены и благополучие развития аффективной сферы должно отслеживаться так же тщательно, как и благополучие сенсорного, моторного, речевого и интеллектуального развития. Для этого есть возможности, так как основные феномены и обязательные этапы нормального эмоционального развития маленького ребенка в общем достаточно изучены.

Наша цель состоит в том, чтобы показать формирование необходимых механизмов эмоциональной регуляции поведения (О.С.Никольская, 1990) в раннем возрасте. Одни из них обеспечивает последовательное приспособление ребенка к стабильным жизненным циклам; другие позволяют малышу адаптироваться к неожиданно меняющимся обстоятельствам, помогают ему обрести самостоятельность, справиться с препятствиями, опасностью.

Важнейший из этих механизмов, вступающий в силу почти сразу после рождения ребенка и помогающий становлению всех остальных - тот, что сначала регулирует его эмоциональные взаимоотношения сначала с близкими людьми, а затем – с социальным окружением в целом.

Мы увидим, что всякое включение нового аффективного механизма в систему эмоциональной регуляции поведения ведет к временной нестабильности: появлению страхов, капризов, непослушания. Некоторые из таких моментов традиционно считаются кризисами детского развития. Их необходимо отличать от признаков настоящего неблагополучия в раннем эмоциональном развитии ребенка, приводящих к серьезным нарушениям.

ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО АФФЕКТИВНОГО РАЗВИТИЯ ПРИ РАННЕМ ДЕТСКОМ АУТИЗМЕ

Как известно, синдром раннего детского аутизма оформляется окончательно к 2,5 - 3 годам. В этом возрасте психическое развитие аутичного ребенка имеет уже выраженные черты искаженности (В.В.Лебединский 1985), нарушения носят все проникающий характер и проявляются в особенностях моторного, речевого, интеллектуального развития. В настоящее время становится все более понятно, что искажение психического развития связано с общим нарушением возможности ребенка вступать в активное взаимодействие с окружающим. Как уже упоминалось выше, это может быть следствием трудностей становления аффективных механизмов, формирующих и поведение, и само мироощущение ребенка. Они развиваются скорее в направлениях защиты и ограждения ребенка от контактов с миром.

Традиционно к наиболее явным чертам уже сложившегося синдрома раннего детского аутизма относятся следующие:

- нарушение способности к установлению эмоционального контакта;
- стереотипность в поведении. Она проявляется как выраженное стремление сохранить постоянство условий существования и непереносимость малейших его изменений; как наличие в поведении ребенка однообразных действий - моторных (раскачиваний, прыжков, постукиваний и т.д.), речевых (произнесение одних и тех же звуков, слов или фраз), стереотипных манипуляций каким-либо предметом; однообразных игр ; пристрастий к одним и тем же объектам; стереотипных интересов, которые отражаются в разговорах на одну и ту же тему, в одних и тех же рисунках;

- особенности речевого развития (мутизм, эхолалии, речевые штампы, стереотипные монологи, отсутствие в речи первого лица), которые свидетельствуют о нарушении возможности использовать речь в целях общения;

При этом исследователи единодушно подчеркивают, что детский аутизм - это прежде всего обусловленное биологическими причинами нарушение психического развития, которое проявляется очень рано.

Мнение специалистов подтверждается воспоминаниями близких таких детей и ставшими сейчас не редкостью домашними видеозаписями: особенности аффективного развития аутичных детей обнаруживаются уже на первом году жизни.

В чем же состоит качественное своеобразие эмоционального развития при раннем детском аутизме?

1. Прежде всего, у такого ребенка уже в раннем возрасте отмечается повышенная чувствительность (сензитивность) к сенсорным стимулам. Это может проявляться как непереносимость бытовых шумов обычной интенсивности (звука кофемолки, пылесоса, телефонного звонка и т.д.), нелюбовь к тактильному контакту, брезгливость при кормлении и даже попадании на кожу капель воды, непереносимость одежды, неприятие ярких игрушек. Подобные неприятные впечатления не только легко возникают у ребенка, но и надолго фиксируются в его памяти.

Особенностью реакций на сенсорные стимулы является одновременно и другая, очень характерная с первых месяцев жизни тенденция развития, проявляющейся у детей уже в первые месяцы жизни, При недостаточной активности, направленной на обследование окружающего мира, и ограничении

разнообразного сенсорного контакта с ним, наблюдается выраженная захваченность, очарованность отдельными впечатлениями - тактильными, зрительными, слуховыми, вестибулярными, которые ребенок стремится получить вновь и вновь. Часто отмечается очень длительный период увлечения каким-то одним впечатлением, которое сменяется другим, таким же устойчивым, например, любимым занятием ребенка на протяжении полугода и больше может быть шуршание целлофановым пакетом, листание книги, игра с пальчиками, наблюдение за движением тени на стене или отражением в стеклянной дверце, созерцание орнамента обоев. Создается впечатление, что ребенок не может оторваться от очаровывающих его впечатлений, даже если он устал.

Известно, что захваченность ритмическими повторяющимися впечатлениями в норме характерна для раннего возраста. В поведении ребенка до года доминируют так называемые “циркулирующие реакции”, когда малыш повторяет многократно одни и те же действия ради воспроизведения определенного сенсорного эффекта - стучит игрушкой, ложкой, прыгает, лепечет и т.д. Однако, ребенок с благополучным аффективным развитием с удовольствием включает в свою активность взрослого, и получает больше радости и дольше занимается подобными манипуляциями, если взрослый помогает ему, подыгрывает, эмоционально реагирует на его действия. Так, он скорее предпочтет прыгать на коленях у мамы, а не в одиночестве в манеже, с большим удовольствием будет вокализировать, в присутствии взрослого, манипулировать какой-либо игрушкой или предметом, привлекая его внимание.

При аутистическом типе развития близкому практически не удается включиться в действия, поглощающие ребенка. Чем больше ребенок выглядит

захваченным ими, тем сильнее он противостоит попыткам взрослого вмешаться в его особые занятия, предложить свою помощь, а тем более переключить его на что-либо другое. Он может выдержать лишь пассивное присутствие кого-то из близких (а ряде случаев настоятельно этого требует), но активное вмешательство последнего очевидно портит ему удовольствие от совершаемых манипуляций, от получаемых ощущений. Часто в эти моменты родители начинают думать, что они действительно мешают своему малышу, что предлагаемые ими занятия не так интересны ему как собственные, не всегда понятны, однообразны манипуляции. Так, многие внимательные и заботливые близкие ребенка, не получая необходимого подкрепления в своих попытках наладить с ним взаимодействие - положительного эмоционального отклика на их вмешательство, становятся менее активными и оставляют ребенка в покое.

Таким образом, если при нормальном эмоциональном развитии погружение ребенка в сенсорную стимуляцию и контакт с близким взрослым идут в одном направлении, причем доминирует второе, то в случае раннего нарушения этого развития, сенсорные увлечения малыша начинают отгораживать его от взаимодействия с близким и, следовательно от развития и усложнения связей с окружающим миром.

2. Особенности взаимодействия с близкими людьми, прежде всего матерью, обнаруживаются в ряде наиболее этологически значимых реакций младенца. Остановимся на них подробнее.

а) Одна из первых адаптивно необходимых форм поведения маленького ребенка - приспособление к рукам матери. По воспоминаниям матерей многих аутичных детей младенцы затруднялись в принятии в этих случаях естественной, комфортной позы. Ребенок мог быть аморфным, как бы

“растекался” на руках, либо, наоборот, чувствовалась его чрезмерная напряженность, негибкость, неподатливость - “как столбик”. Напряженность иногда была так велика, что, как рассказывала одна мама, у нее после держания малыша на руках “болело все тело”. Трудно бывало найти какую-то взаимно удобную для матери и ребенка позу при кормлении, при укачивании, при ласке,

б) Другая форма наиболее раннего приспособительного поведения младенца - фиксация взгляда на лице матери. Как известно, в норме у младенца очень рано обнаруживается интерес к человеческому лицу, этологически - это самый сильный раздражитель. Уже в первый месяц жизни ребенок может проводить большую часть бодрствования в глазном контакте с матерью. Коммуникация с помощью взгляда является основой для развития последующих форм общения. .

При признаках аутистического развития избегание взгляда в глаза либо его непродолжительность отмечается достаточно рано. По многочисленным воспоминаниям близких аутичных детей , трудно было поймать взгляд ребенка не потому, что он вообще его не фиксировал, но потому, что смотрел как бы “сквозь”, аккуратно мимо . Иногда можно было поймать на себе мимолетный острый взгляд. Как показали экспериментальные исследования аутичных детей старшего возраста, человеческое лицо является самым притягательным объектом и для аутичного ребенка, однако он не может долго остановить на нем свое внимание, наблюдается чередование фаз короткой фиксации лица и отвода взгляда.

в) Естественной приспособительной реакцией младенца является также принятие антиципирующей позы - протягивание по направлению ко взрослому ручек, когда последний наклоняется к нему. У многих аутичных детей эта поза

была не выражена, что соответствовало отсутствию стремления быть на руках матери и неловкости положения на руках.

г) Признаком благополучного аффективного развития традиционно считается своевременное появление улыбки, адресованной близкому. По сроку практически у всех детей с аутизмом она появляется вовремя. Однако, качество ее может быть очень своеобразным. По наблюдениям родителей, эта улыбка могла быть в равной степени адресована как близкому человеку, так и возникать в связи с рядом других приятных ребенку впечатлений (тормошением, музыкой, светом лампы, красивым узором на халате матери и т.д.). У части детей в раннем возрасте не возникало известного феномена “заражения улыбкой” (когда улыбка другого человека вызывает ответную улыбку ребенка). Этот феномен наблюдается уже явно в возрасте 3 месяцев и развивается в “комплекс оживления”- первое направленное коммуникативное поведение младенца, когда он не только радуется при виде взрослого (повышается двигательная активность, возникает гуление, удлиняется продолжительность фиксации лица взрослого), но и активно требует общения, расстраивается, если взрослый недостаточно реагирует на его обращения. При аутистическом развитии часто наблюдается сверхдозирование ребенком такого непосредственного общения, он быстро пресыщается, отстраняется от взрослого, который пытается продолжить взаимодействие.

д) Поскольку близкий человек, ухаживающий за младенцем, постоянно является посредником его взаимодействия с окружением (и физически и эмоционально), ребенок уже с раннего возраста хорошо дифференцирует его выражение лица. Обычно такая способность датируется 5-6 месячным возрастом, хотя существуют экспериментальные данные, свидетельствующие о

такой возможности и у новорожденного. При неблагоприятном аффективном развитии у ребенка отмечается затруднение в различении выражения лица близких, а в ряде случаев - неадекватная реакция на эмоциональное выражение другого. Например, ребенок может заплакать в ответ на смех взрослого или засмеяться на плач другого человека. По-видимому, при этом происходит ориентация не на качественный критерий (какого знака выражена эмоция - отрицательного или положительного), а в большей степени на интенсивность раздражения, как это было характерно и в норме на самых ранних этапах развития. Поэтому аутичный ребенок и после полугода может испугаться, например, громкого смеха близкого человека.

Для адаптации малышу также необходимо умение выражать свое эмоциональное состояние, делиться им с близким. Обычно в норме оно появляется уже после двух месяцев. Мать прекрасно понимает настроение своего ребенка и поэтому может управлять им: утешить его, снять дискомфорт, развеселить, успокоить. В случае нарушения аффективного развития даже опытные мамы, имеющие старших детей, часто рассказывают, что им трудно понимать оттенки эмоционального состояния аутичного малыша.

е) Как известно, одним из наиболее значимых для нормального психического развития ребенка является феномен привязанности. Это тот стержень, вокруг которого налаживается и постепенно усложняется система отношений ребенка с окружением. Признаками формирования привязанности, как уже рассматривалось выше, является выделение младенцем на определенном возрастном этапе среди окружающих людей "своих", очевидное предпочтение одного ухаживающего лица, чаще всего - матери, переживание разлуки с ней.

Грубые нарушения формирования привязанности наблюдаются при отсутствии на ранних этапах развития младенца одного постоянного близкого, прежде всего - при разлуке с матерью в первые три месяца после рождения ребенка. Это так называемое явление госпитализма, наблюдавшееся Р. Спитцем у детей, воспитывавшихся в доме ребенка. У них наблюдались выраженные нарушения психического развития: тревога, перерастающая постепенно в апатию, снижение активности, поглощенность примитивными стереотипными формами самораздражения (раскачивание, мотание головой, сосание пальца и др.), возникновение индифферентности к взрослому человеку, который пытается восстановить с ним эмоциональный контакт. При затяжных формах госпитализма возникали и нарастали расстройства на соматическом уровне.

Однако, если в случае госпитализма причина, вызывающая нарушение формирования привязанности, внешняя (реальное отсутствие матери), то в случае раннего детского аутизма оно порождается закономерностями особого типа психического, прежде всего аффективного, развития аутичного ребенка, который не подкрепляет естественную установку матери на формирование привязанности. Иногда это проявляется в таких тонких особенностях, что родители могут даже не замечать какого-то неблагополучия в складывающихся с малышом отношениях. Например, по формальным срокам он может вовремя выделять близких и очевидно узнавать мать, предпочитать ее руки, требовать ее присутствия. Таким образом, привязанность вроде бы налицо, однако качество ее совершенно особое и соответственно будет иной динамика ее развития в более сложные и развернутые формы эмоционального контакта с матерью.

Рассмотрим наиболее характерные варианты особенностей формирования привязанности при аутистическом дизонтогенезе.

- Сверхсильная привязанность к одному лицу - на уровне примитивной симбиотической связи. При этом складывается впечатление, что ребенок физически неотделим от матери. Такая привязанность проявляется, прежде всего, в сильном негативном переживании отделения от матери. Малейшая угроза разрушения этой связи может спровоцировать у ребенка катастрофическую реакцию на соматическом уровне. Например, у семимесячного ребенка при уходе матери на полдня (при том, что он оставался с постоянно живущей с ними бабушкой) поднималась температура, возникали рвота и отказ от еды. Известно, что в норме в этом возрасте малыш тоже тревожится, беспокоится, расстраивается при уходе матери, но реакции его не столь витальны, его можно отвлечь, заговорить, переключить на общение с другим близким человеком, на какое-то любимое занятие. Вместе с тем, при такой тяжелой реакции младенца даже на непродолжительную разлуку с матерью, он может не демонстрировать своей привязанности в комфортных условиях - когда мама рядом, он не вызывает ее на общение, совместную игру, не пытается поделиться с ней своими положительными переживаниями, не откликается на ее обращения. Часто такая симбиотическая связь проявляется в том, что ребенок просто не в состоянии выпустить маму из своего поля зрения - она не может отойти в другую комнату или закрыть за собой дверь в туалете.

Иногда симбиотическая привязанность выражается в выделении на какой-то период одного лица и неприятии остальных членов семьи, затем единственным человеком, которого допускает к себе ребенок, может стать кто-то другой (например, бабушка вместо мамы, и в этот период он уже полностью отказывается от какого-либо взаимодействия с матерью, “не замечает” ее).

- Другой также характерной формой привязанности является раннее выделение матери, по отношению к которой ребенок проявляет сверхсильную положительную эмоциональную реакцию, но очень дозированную по времени и возникающую только по его собственному побуждению. Малыш может проявить восторг, подарить матери “обожающий взгляд”. Но такие кратковременные моменты страстности, выражения любви сменяются периодами индифферентности, когда ребенок не откликается на попытки матери поддержать с ним общение, эмоционально “заразить” его.

- Может также наблюдаться длительная задержка в выделении какого-то одного лица в качестве объекта привязанности (иногда ее признаки появляются значительно позже - после года, полутора лет), равная расположенность ко всем окружающим. Такого ребенка родители описывают как “лучезарного”, “сияющего”, идущего ко всем на руки. Причем это происходит не только в первые месяцы жизни, когда в норме формируется и достигает своего расцвета “комплекс оживления” и такую реакцию ребенка может, естественно, вызвать любой общающийся с ним взрослый, но и значительно позже, когда в норме незнакомый человек принимается с осторожностью, либо смущением, со стремлением быть поближе к маме. Часто у детей с аутизмом вообще не возникает характерного для возраста 7-8 месяцев “страха чужого”, кажется, что они даже предпочитают чужих, охотно кокетничают с ними, становятся более активны, чем с близкими.

3. Трудности взаимодействия с окружающими, связанные с развитием форм обращения ребенка к взрослому.

а) В ряде случаев родители вспоминают, что обращения ребенка не носили дифференцированного характера, было трудно догадаться, чего он

просит, что его не удовлетворяет. Так, малыш мог однообразно ”мычать”, подхныкивать, кричать, не усложняя интонационно свои вокализации, не используя указательного жеста, и даже не направляя взгляда к желаемому объекту.

б) У других детей формировался направленный взгляд и жест - протягивание руки в нужном направлении, но без попыток называния предмета желания, без обращения взгляда и вокализации к взрослому. Мы знаем, что так делает любой очень маленький ребенок и в дальнейшем это развивается в указательный жест. Характерно, что у аутичного ребенка этого не происходит. Даже потом, при выражении своего определенного желания, такой ребенок обычно брал взрослого за руку и клал ее на желаемый объект- чашку с водой, игрушку, пластинку и т.д.

4. Трудности произвольной организации ребенка.

Эти проблемы становятся заметнее после года и к 2-2,5 годам ребенка осознаются родителями уже в полной мере. Однако признаки сложностей произвольного сосредоточения, привлечения внимания, ориентации на эмоциональную оценку взрослого проявляются гораздо раньше. Это может выражаться в следующих, наиболее характерных тенденциях:

а) отсутствие либо непостоянность отклика малыша на обращение к нему близких, на собственное имя.

В ряде случаев эта тенденция настолько сильно выражена, что ребенка начинают подозревать в снижении слуха, хотя внимательные родители бывают при этом озадачены тем, что ребенок вместе с тем слышит слабый интересующий его звук (например: шуршание целлофанового пакета), или по его поведению понятно, что он слышал разговор, не обращенный прямо к нему.

Достаточно часто такие дети позже не начинают выполнять простейших просьб: “Дай мне”, “Покажи”, “Принеси”.

б) Характерно отсутствие прослеживания взглядом направления взгляда взрослого, игнорирование его указательного жеста и слова (“Посмотри на...”) . Даже если в ряде случаев вначале слежение за указанием матери есть, то постепенно оно может угасать, и ребенок перестает обращать внимание на то, что она показывает, за исключением совпадения объектов особого интереса ребенка и матери (как, например, лампа, часы, машина, окно).

в) Невыраженность подражания, чаще даже его отсутствие, а иногда - очень длительная задержка в формировании. Обычно родители вспоминают, что их малыша было всегда трудно чему-нибудь научить, он до всего предпочитал доходить сам. Часто такого ребенка трудно бывает организовать даже на самые простые игры, требующие элементов показа и повторения - типа “ладушек”, трудно обучить жесту ручкой “пока”, киванию головой в знак согласия.

г) Слишком большая зависимость ребенка от влияний окружающего психического поля.

В районе годовалого возрасте, как уже было рассмотрено выше, практически все нормально развивающиеся дети проходят этап, когда они попадают в плен полевых тенденций и у взрослых возникают реальные трудности регуляции их поведения. В случае раннего детского аутизма захваченность сенсорным потоком, исходящим из окружающего мира, наблюдается гораздо раньше и вступает в конкуренцию с ориентацией на близкого человека. Часто взрослый, не имея эмоционального контакта с ребенком, выступает лишь в качестве инструмента, с помощью которого ребенок получает необходимую сенсорную стимуляцию (может покачать,

покружить, пощекотать, поднести к желаемому объекту и т.д.). Если родители проявляют большую настойчивость и активность, пытаясь привлечь внимание к себе, ребенок либо протестует, либо уходит от контакта.

В этих условиях несформированности эмоционального контакта с близкими особенно тяжело проходит физический отрыв годовалого малыша от матери. Часто родителям кажется, что резко меняется характер ребенка, который полностью теряет чувство края, становится совершенно неуправляемым, непослушным, непослушным, неуправляемым. Он может демонстрировать катастрофический регресс в развитии, потерять тот минимум эмоциональных связей, форм контакта, начинавших складываться навыков, в том числе и речевых, которые сумел приобрести до того, как научился ходить.

Таким образом, все перечисленные выше особенности отношений аутичного ребенка с окружающим миром в целом, и особенно с близкими людьми, свидетельствуют о нарушении способов организации активных отношений с миром и превалировании в его развитии уже с раннего возраста выраженной тенденции перевеса стереотипной аутостимуляционной активности над реально адаптивной.

Эта характерная тенденция может проявляться в разных формах, что соответствует определенному варианту аутистического синдрома в виде классификации О.С.Никольской, 2000). Каждый из этих четырех вариантов отличается глубиной и качеством аутизма, уровнем адаптации ребенка к окружающему миру и преобладающим типом аутостимуляционной активности. Рассмотрим эти различные варианты аутистического развития.

ВАРИАНТЫ АУТИСТИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Первый вариант.

Воспоминания родителей о первом годе жизни таких детей обычно наиболее светлые. С раннего возраста они поражали окружающих своим внимательным взглядом, взрослым, осмысленным выражением лица. Такой ребенок был спокоен, “удобен”, достаточно пассивно подчинялся всем режимным требованиям, был пластичен и податлив манипуляциям мамы, покорно принимал нужную позу у нее на руках. Он рано начинал реагировать на лицо взрослого, отвечать улыбкой на его улыбку, но активно контакта не требовал, на руки сам не просился.

Такой малыш легко заражался от любого улыбающегося взрослого, от общения взрослых между собой, от оживленной беседы вокруг. Близкие, характеризуя такого ребенка, часто рассказывают, что это был “лучезарный мальчик”, “сияющий ребенок”, “настоящая кинозвезда”, “очень общительный малыш”. Такое аффективное заражение - обязательный начальный этап нормального эмоционального развития, после которого обычно появляется избирательность в общении, предпочтение близких, ожидание поддержки, поощрения с их стороны, активное требование взаимодействия с ними, осторожность по отношению к “чужим”. В данном случае развитие и усложнение исходного уровня заражения на протяжении всего первого года жизни не происходило: ребенок мог спокойно пойти на руки к незнакомому человеку, у него не появлялся “страх чужого”, позднее такой малыш мог легко уйти за руку с посторонним человеком.

Такой ребенок до года никогда ничего не тащил в рот, его можно было оставить одного в кроватке или в манеже на довольно длительный срок, зная,

что он не будет протестовать. Он активно ничего не требовал, был ”очень тактичен”.

Вместе с тем, по воспоминаниям многих родителей, именно у этих детей в самом раннем возрасте отмечалась особая чувствительность к сенсорным стимулам повышенной интенсивности, особенно к звукам. Младенец мог испугаться гудения кофемолки, электробритвы, шума пылесоса, треска погремушки. Часто близких удивляло предпочтение малышом неярких игрушек или длительное разглядывание им какой-то однотонной гравюры, висевшей на стене и отсутствие интереса к красочной репродукции. В дальнейшем, когда ребенок попадал около года под влияние окружающего сенсорного поля и полностью погружался в переживание его динамики, эта изначальная сензитивность к отдельным впечатлениям терялась, и на поверхность выступало отсутствие реакции ребенка на сильный раздражитель, даже отклика на боль или холод. Известен, например, случай, когда девочка очень сильно прищемила палец и никак не дала об этом знать - отец понял, что произошло, лишь когда заметил, что палец посинел и распух. Другой ребенок выскакивал зимой на даче раздетым на улицу, мог залезть в ледяную воду, и у родителей не было впечатления, что ему когда-либо бывает холодно. Может пропадать и выраженная реакция на громкий звук - настолько, что у близких малыша возникает подозрение о том, что он теряет слух.

С раннего возраста такие дети выглядели как созерцатели. Они не пользовались активно игрушками, вообще не стремились взять что-то в руки, но уже до года проявляли особый интерес к книгам, любили слушать чтение хороших стихов, классическую музыку. Часто родители рассказывают о врожденном ”хорошем вкусе” своих детей - предпочтении ими талантливых

стихотворных или музыкальных творений, изысканных иллюстраций. Рано отмечалась особая очарованность светом, движением: ребенок изучал блики, играл со своим отражением в стекле дверцы шкафа, с тенью на стене.

Пока такой ребенок вел “сидячий” образ жизни, он не доставлял близким никаких хлопот. Но как только он осваивал навыки ходьбы, ситуация резко менялась. Ранее пассивный, спокойный, умиротворенный мылш становился практически неуправляемым. Он начинал отчаянно карабкаться на мебель, убежать, не оглядываясь, и казалось, что у него совершенно отсутствует чувство реальной опасности. Мы уже говорили о том, что в районе годовалого возраста и при нормальном развитии наступает критический период, когда ребенок попадает в плен окружающего сенсорного поля (всей совокупности сенсорных впечатлений внешнего мира) и совершает действия, которые диктуются законами его организации: выдвигает и задвигает ящики стола или шкафа, не может не влезть в лужу, не бежать по дорожке, размазывает еду по столу, дорывает надорвавшуюся страницу книги или отставший кусочек обоев и т.д. Контролировать и организовывать поведение ребенка в таких ситуациях помогает прежде всего предыдущий опыт совместных переживаний общих впечатлений, с помощью которого близким удается переключать внимание ребенка на какое-то другое значительное для него явление или объект типа: “Посмотри на...”, “Вон птичка полетела” и т.п. У аутичного ребенка подобный опыт общего со взрослым сосредоточения на чем-либо не накапливается. Поэтому не образуются индивидуальные стереотипы взаимоотношений с миром, привычки, предпочтения и страхи, не формируются способы взаимодействия с близкими людьми. Понятно, что в этих условиях невозможно развитие ни бытовых, ни игровых, ни речевых навыков. Отдельно изредка

возникающие слова уходят и не возвращаются, потому что не могут быть привязаны к регулярно воспроизводимому жизненному стереотипу. Из наиболее характерных признаков данного варианта аутистического развития является так называемый мутизм.

Второй вариант.

Еще в младенческом возрасте с детьми, имеющими подобный вариант развития, проблем, связанных с уходом за ними гораздо больше. Они активнее, требовательнее в выражении своих желаний и неудовольствия, избирательнее в первых контактах с окружающим миром, в том числе и с близкими. Здесь не наблюдается пассивной подчиняемости в обычных каждодневных процедурах кормления, одевания, укладывания спать, купания и т.д., ребенок скорее сам диктует матери, как с ним следует обращаться, принимая или активно отвергая требования режимных моментов ухода за собой. Поэтому очень рано складываются и жестко поддерживаются первые стереотипы взаимодействия малыша с его окружением.

Такой младенец рано начинает выделять маму, но привязанность, которая формируется по отношению к ней, носит характер примитивной симбиотической связи, описанной выше. Постоянное присутствие матери необходимо для него как основное условие существования. Конечно, в таком возрасте и обычный ребенок остро переживает даже непродолжительную разлуку с близким человеком, однако не реагирует столь катастрофически - на соматическом уровне. С возрастом эта тенденция не сглаживается, а, наоборот, может усиливаться.

Приверженность к постоянству, стабильности в отношениях с окружением характерна, как было рассмотрено выше, для ребенка первых

месяцев жизни и в норме (малыш чуток к соблюдению режима, привязывается к рукам ухаживающего, выраженно реагирует на перемены), однако постепенно формируется все большая гибкость в его взаимоотношениях с мамой, а через нее - с окружающим миром. У аутичного ребенка этого не происходит, напротив, к двум - трем годам требование сохранения постоянства деталей окружения нарастает и уже выглядит как патологический симптом нарушения развития.

Такой ребенок особенно чуток к соблюдению режима со всеми его мельчайшими подробностями. Характерна ранняя фиксация не только определенного впечатления, но и способа его получения. Так, при однократной попытке замены грудного молока сцеженным, младенец не только отказался от еды, но и ежедневно в течение двух месяцев кричал в часы, совпадающие по времени с неудачной подменой. В младенческом возрасте для всякого ребенка предпочтительны и какая-то определенная форма пустышки и одна, наиболее удобная и привычная поза при укладывании спать, и любимая погремушка и т.д. Однако для ребенка с рассматриваемым вариантом аутистического развития нарушение этих вполне естественных привычек сопоставимо с реальной угрозой для жизни. Например, потеря любимой пустышки (или тот факт, что она оказалась прогрызенной) превращается в тяжелую трагедию из-за того, что совершенно аналогичную достать не удалось; невозможность поместиться в коляску - единственное место, в котором ребенок спал с рождения до трех лет - приводит к серьезному разлаживанию сна малыша. Часто оказывается серьезной проблемой введение прикорма, переход от жидкой пищи к твердой, расширение привычного рациона питания. Обычно это дети с наибольшей избирательностью в еде.

В первые годы жизни складывается и на протяжении долгого времени сохраняется экстремальная стабильность ограниченного набора возможных контактов со средой. Накапливается определенный набор ежедневных привычных действий, менять которые он не позволяет: один и тот же маршрут прогулки, слушание одной и той же книжки или музыкальной записи, постоянное держание в руке одной и той же игрушки или какого-то предмета (например, маминой рубашки, палочки, коробочки из-под йогурта, электрической лампочки), одна и та же еда (вплоть до того, что единственной едой ребенка может стать определенной сорт печенья, причем только одной формы и размера), использование одних и тех же слов и т.д. Могут формироваться и достаточно сложные ритуалы, которые ребенок воспроизводит в определенных ситуациях, они выглядят либо достаточно приемлемо, либо совершенно нелепо, неадекватно. Например, двухлетняя девочка обязательно должна была ежедневно кружиться в определенном месте книжного магазина, держа в руке длинный огурец или батон.

С раннего возраста ребенок этой группы проявляет особую чувствительность к сенсорным параметрам окружающего мира. Очень часто уже до года наблюдается повышенный интерес к форме, цвету, фактуре окружающих предметов. Подобная тонкость восприятия поначалу может порождать у близких ребенка ощущение его замечательного интеллектуального развития. Так, родители часто рассказывают нам, как ребенок в раннем возрасте прекрасно раскладывал по цвету кубики, колечки от пирамидок, карандаши, хотя его вроде бы этому и не учили специально; на третьем году жизни хорошо запоминал и показывал буквы, цифры, страны на карте мира, цветы в ботаническом атласе; демонстрировал прекрасную музыкальную память,

воспроизводя достаточно сложные ритмы и мелодии (подобное пение, точнее интонирование, может наблюдаться у такого ребенка уже до года); прекрасно запоминал стихи, о чем свидетельствовал их отчаянный протест при замене в них какого-то слова. Не достигнув двух лет, такие дети могли безошибочно достать с полки любимую книжку (распознав ее корешок), прекрасно ориентировались в кнопках телевизора и т.д. Чувство формы порой выражено до такой степени, что двухлетний ребенок может выделять в обычных окружающих его предметах скрытую в них форму шара; везде, даже на орнаменте маминого платья видеть геометрические фигуры; повсюду, вплоть до стебля одуванчика, отыскивать интересующие его “трубочки”.

Вместе с тем, такая чувствительность к сенсорным ощущениям уже в раннем возрасте порождает у детей с данным вариантом развития достаточно сложные и разнообразные формы аутостимуляции. Наиболее ранние из них, которые родители часто замечают еще на первом году жизни, - раскачивания, прыжки и потряхивания ручками перед глазами. Затем постепенно нарастает особое сосредоточение на ощущениях от напряжения отдельных мышц, суставов, застывание в характерной позе вниз головой. Одновременно начинает привлекать скрипение зубами, онанирование, игра с языком, со слюной, облизывание, обнюхивание предметов. Ребенок занимается поиском особых тактильных ощущений, возникающих от раздражения поверхности ладони, от фактуры бумаги, ткани, от перебирания и расслаивания волокон, сжимания целлофановых пакетов, верчения колесиков, крышек.

Этап развития, для которого в норме характерны однообразные многократные манипуляции с предметами, прежде всего, потряхивание и постукивание ими обычно завершается к концу первого года жизни. На смену

им закономерно приходят более сложные формы обращения с объектами, в которых ребенок уже начинает использовать функциональные свойства игрушек или объектов. Аутичный же ребенок настолько захвачен раз возникшими определенными сенсорными ощущениями, что его стереотипные манипуляции фиксируются. Например, он не пытается возить, нагружать машинку, а продолжает на протяжении ряда лет вращать колеса или держать заведенную игрушку в руках; не строит башенку из кубиков, а однообразно раскладывает их в горизонтальный ряд.

С такой же силой, как положительное, фиксируется ребенком и полученное однажды отрицательное впечатление. Поэтому окружающий его мир окрашен в очень контрастные тона. Уже в раннем возрасте крайне легко возникают и остаются актуальными на протяжении ряда лет многочисленные страхи.

Причины страхов достаточно разнообразны. Часть из них порождается раздражителями, связанными с инстинктивным ощущением угрозы (например, резким движением по направлению к ребенку, фиксацией его туловища и застреванием в вороте головы при одевании, неожиданным “обрывом” в пространстве: ступенькой лестницы и отверстием люка; болью). Сам факт возникновения испуга в подобных ситуациях естественен. Необычной же бывает острота этой реакции и ее непреодолимость. Так, один мальчик еще в младенчестве испугался взлетевших из-под коляски птиц, и этот страх зафиксировался на многие годы.

Чрезмерная чувствительность таких детей к сенсорной стимуляции является причиной того, что страхи легко провоцируются раздражителями повышенной интенсивности: громким звуком (урчанием труб, стуком

отбойного молотка, грохотом лифта, лаем собаки, резким голосом и т.д.), насыщенным цветом (черных волос, розетки на стене; ярко-желтого дверного крючка, красных ягод). К стимулам определенных модальностей (например, тактильной) такой ребенок может быть особо сензитивен, и тогда выраженный дискомфорт и страх вызывает даже умеренный раздражитель (прикосновение к голове, капля сока или воды на коже). Можно представить себе, насколько затруднены обычные процедуры ухода за таким ребенком. В большинстве случаев наблюдаемых нами детей с подобным вариантом развития с раннего возраста (до двух лет) возникали и прочно фиксировались страхи горшка, мытья головы, стрижки ногтей, волос .

Наряду с перечисленными сильнейшими конкретными страхами у таких детей крайне легко возникает генерализованный страх, вызываемый изменением привычных условий жизни. Особенно тяжело переживаются перемена места жительства, переезд на дачу и обратно, выход мамы на работу, помещение в ясли и другие события, неизбежно происходящие в жизни каждого малыша. Под их влиянием у аутичного ребенка может нарушаться сон, теряться приобретенные к этому времени навыки, наблюдаться регресс речи, усиление аутостимуляционной активности и появление самоагрессии. На его поведение могут оказывать подобное негативное влияние и менее “серьезные” изменения - например, перестановка мебели в комнате или приход гостей в дом.

Пока такой ребенок находится под постоянной опекой матери, поддерживающей сложившийся набор возможных для него условий существования и способов взаимодействия, знающей его привязанности и страхи, понимающей и осуществляющей его желания, он в достаточной степени огражден от угрожающих моментов и связанных с ними аффективных срывов.

Когда наступает критический период физического отрыва от мамы в возрасте года, такой малыш оказывается несостоятельным в самостоятельном развитии индивидуальных способов взаимодействия с миром и застревает на этапе уже сложившихся примитивных стереотипов контакта с окружением. У него рано и жестко фиксируются пугающие ситуации, поэтому он так отчаянно сопротивляется новизне, изменению, не решается экспериментировать, и требует сохранения постоянства. Именно поэтому у него складываются только самые простые бытовые, социальные и игровые навыки, которые жестко привязываются к ситуации, в которой они возникли. Точно также его речь остается в границах использования готовых речевых штампов.

Третий вариант.

Сенсорная ранимость на первом году жизни характерна и для этих детей. У них часто отмечается сильный диатез, склонность к аллергическим реакциям. В первые месяцы жизни ребенок может быть плаксивым, беспокойным, трудно засыпает, его не легко было успокоить. Он чувствует себя дискомфортно и на руках у мамы крутится или очень напрягается - “как столбик”. Часто отмечается повышенный мышечный тонус. Порывистость, резкость движений, двигательное беспокойство может сочетаться с отсутствием “чувства края”. Так, например, одна мама рассказывала, что малышка приходилось обязательно привязывать к коляске, иначе он свешивался из нее и вываливался. Вместе с тем ребенок был пуглив. Из-за этого его легче было организовать иногда какому-либо постороннему человеку, чем близким: например, мама никак не могла успокоить младенца после приема в поликлинике, но это легко сделала проходящая мимо медсестра.

Такой ребенок рано выделяет близких, безусловно привязывается к матери. Но в историях детей именно с данным вариантом развития наиболее часто присутствуют тревоги и переживания близких о том, что от малыша не чувствовалось достаточно ощутимой эмоциональной отдачи. Обычно его активность в эмоциональных проявлениях выражается в их строгом дозировании. В одних случаях характерно соблюдение дистанции в общении (такие дети описываются родителями как неласковые, холодные - “никогда головку на плечо не положит”). В других - дозирование осуществлялось через ограничение времени контакта: ребенок мог быть эмоциональным, даже страстным, мог одарить мать обожающим взглядом, но потом вдруг резко прекратить общение, не отвечая взаимностью на ее попытки продолжить контакт.

Иногда наблюдается парадоксальная реакция, по-видимому, в этих случаях ребенок ориентируется на интенсивность раздражителя, а не на его качество, например, пятимесячный малыш мог расплакаться при смехе отца. При попытках взрослых более активно взаимодействовать с ребенком, устранить нежелательную дистанцию в общении, может возникать ранняя агрессия. Так, известен случай, когда ребенок еще до года пытался ударить мать, когда она брала его на руки.

Овладев навыками самостоятельного передвижения, дети с таким вариантом развития тоже попадают под влияние полевых тенденций. Однако здесь больше захватывает не сенсорное поле в целом, а отдельные стойкие впечатления, очень рано начинают фиксироваться особые напряженные влечения. Так, один двухлетний мальчик, гуляя по улице, перебежал от дерева к дереву, страстно обнимал их и восклицал: “Мои любимые дубы!”. Такой

ребенок выглядит порывистым, экзальтированным, не замечающим реальных препятствий и опасности на пути к достижению желаемого. Более того, его влечения часто исходно связаны с переживанием испуга. У многих детей в этом возрасте обязательным занятием на прогулке является забегание в каждый чужой подъезд, чтобы зайти там в лифт или заглянуть в подвал. Также типично стремление высунуться из окна или выбежать на проезжую часть, дотронуться до проезжающей машины.

Когда родные пытаются организовать такого ребенка, возникает бурная реакция протеста, негативизма, поступков назло. Причем если мама достаточно остро реагирует на это сама (сердится, расстраивается - словом, показывает, что ее это задевает), подобное поведение закрепляется. Ребенок и здесь стремится вновь и вновь получить то сильное впечатление, спаянное со страхом, которое он испытал при ярко выраженной реакции взрослого. Переживание ребенка в этом случае уже носит более развернутый характер, имеет некоторый сюжет, поэтому у детей с подобным вариантом развития обычно рано появляется достаточно сложная речь, которая необходима для проигрывания таких стереотипных сюжетов. Такой ребенок очень “речевой” - однообразные фантазии заменяют ему не только реальную жизнь, но и реальные игровые действия. Речь активно используется и для развития других форм его аутостимуляции: он дразнит, провоцирует на отрицательную реакцию близких, произнося “нехорошие” слова, проигрывая для них в речи социально неприемлемые ситуации. Вместе с тем для такого ребенка характерно ускоренное интеллектуальное развитие, у него рано появляются “взрослые” интересы - к энциклопедиям, схемам, счетным операциям, словесному творчеству.

Четвертый вариант.

У детей с данным вариантом аутизма раннее аффективное развитие в большей степени приближается к норме. Скорее обращает на себя внимание небольшая задержка моторного и выраженная речевого развития, сниженный тонус, легкая тормозимость.

Такие дети рано выделяют мать и вообще круг близких им людей. Своевременно появляется и сильно выражается боязнь чужого человека. Характерна реакция испуга на неадекватное или просто непривычное выражение лица взрослого человека, на неожиданное поведение ровесника.

Такой ребенок обычно ласков, эмоционально зависим от родных. Отмечается очень сильная привязанность к матери, причем в данном случае это уже не столько физический, сколько эмоциональный симбиоз: ему нужно не только ее присутствие, но и постоянное эмоциональное тонизирование с ее стороны. Уже с раннего возраста и затем постоянно такой ребенок демонстрирует экстремальную зависимость от поддержки, одобрения со стороны родителей.

Однако, несмотря на такую сверхзависимость, он даже на первом году жизни отказывается от вмешательства родителей в свои занятия, его трудно чему-либо научить, он предпочитает до всего доходить сам. Родители одного мальчика очень точно отмечали, что его можно успокоить, эмоционально “заразить” своим состоянием, но очень трудно отвлечь, переключить, предложить свою активную помощь. Вот характерное описание такого ребенка до года: ласковый, привязчивый, беспокойный, пугливый, тормозимый, брезгливый, “консерватор”, упрямый.

На втором-третьем году жизни родителей начинает беспокоить медлительность, крайняя неуверенность ребенка, задержка в развитии речи, трудности освоения моторных навыков, отсутствие тенденции к произвольному подражанию. В то же время произвольно такой ребенок обычно перенимает мамину интонацию, часто использует в речи эхолалии и употребляет достаточно длительно применительно к себе женский род (как говорит мама).

Попытки активно втянуть такого ребенка в целенаправленное взаимодействие приводят к быстрому его истощению, вызывают негативизм. Вместе с тем сам он в состоянии длительно заниматься какими-то своими манипуляциями, однообразными играми. Например, в год с небольшим один мальчик мог часами складывать детали конструктора и даже уснуть за этим занятием; другой ребенок мог целый день смотреть в окно на движущиеся поезда; это может быть бесконечное включение и выключение света, запуск юлы, проговаривание станций метро.

Момент начала самостоятельной ходьбы у таких детей часто достаточно задержан, наблюдается большой временной интервал между хождением с поддержкой и попытками ходить самостоятельно, особая тормозимость при неудачах - первых падениях. Когда такой ребенок начинает ходить самостоятельно, он стремится или не отпустить от себя маму, крепко держа ее за руку, или безудержно бежать. Кризис первого года, с описанными выше трудностями, выступает здесь в наиболее выраженном, пожалуй, даже патологически утрированном виде. И ребенок, и мама при этом чувствуют себя особенно потерянными. Переживаемый ими стресс обычно влечет за собой выраженную задержку моторного, речевого и интеллектуального развития,

<http://childrens-needs.com/>

часто проявляется и на соматическом уровне, как хроническое астеническое состояние ребенка.

ПОЗИЦИИ РОДИТЕЛЕЙ.

Итак, характерные признаки аутистического развития могут проявляться в раннем возрасте по-разному. Они выражаются с большей или меньшей интенсивностью, обнаруживаются сразу, либо проходит какой-то этап относительно благополучного развития с едва уловимыми тенденциями будущего неблагополучия. Поэтому и родители оказываются в разном положении: состоянии изначального беспокойства и внезапном осознании того, что хорошо развивающийся ребенок имеет столь серьезные проблемы.

В ряде случаев, это ощущение у близких возникает ближе к 2 - 2,5 годам. В это время трудности впервые могут стать очевидными. Например, разладился сон, появились какие-то выраженные страхи или навязчивые движения, стала уходить речь, ребенок перестал реагировать на обращения и др. Обычно это привязывается к какой то болезни или к какому-то тяжелому переживанию малыша, к возникновению стрессовой для него ситуации. Например, мама вышла на работу, а ребенок стал оставаться в чужом доме у родителей отца, которых раньше видел редко; или малыш гостил летом у бабушки в деревне - ("Там вроде бы он был в порядке, но когда привезли домой - почти перестал говорить"); или была неудачная попытка отдать в ясли; или он перенес какое-то серьезное соматическое заболевание; или, наконец, просто тяжело резались зубы (так, у одной девочки в 1 год 8 месяцев именно в это время начались сильнейшие крики по ночам, оформились страхи, стала пропадать речь). Выдвигаемые объяснения вполне понятны: ведь формирующаяся детская психика очень хрупка, но в то же время она и пластична. Однако, в данном случае, неблагоприятная ситуация проходит, а проблемы не только уменьшаются, но, наоборот, начинают нарастать и фиксироваться.

Родители естественно обращаются за помощью к невропатологу или психоневрологу, получают рекомендации по медикаментозному лечению ребенка. В большинстве случаев специалист высказывает предположение о психическом заболевании. Мысль о столь “страшном диагнозе” обычно является шоком для родителей. Теперь закономерно в хроническую стрессовую ситуацию попадают близкие ребенка. Одни в стремлении “снять диагноз” пытаются попасть на консультации других специалистов и ходят кругами в надежде услышать другое мнение. Другие, наоборот, сразу обреченно “верят”, тщательно выполняют все медикаментозные предписания, но впадают при этом в тяжелую депрессию. Третьи активно отказываются принять предполагаемый врачом неблагоприятный прогноз и стараются доказать, что ребенок не безнадежен. Но эта постоянная борьба со своими сомнениями, тревогами, разочарованиями, постоянная “перепроверка” ребенка отнимает много душевных и физических сил у них обоих. Чаще всего в одной и той же семье встречаются разные позиции - по-разному смотрят на малыша мать и отец, родители и старшее поколение, те, кто с ним проводит большую часть времени, и те, кто видит его изредка или со стороны.

В других случаях у родителей ребенка, особенно у матери, первые тревоги возникали еще задолго до 2,5 лет. Однако, к сожалению, у нас практически нет служб помощи детям раннего возраста с угрозой неблагополучного аффективного развития. Специалисты, к которым традиционно могут обратиться родители (педиатр, невропатолог, ортопед) не могут оказать достаточную помощь в плане ранних коррекционных воздействий. Даже чутко откликаясь на сомнения мамы, каждый специалист видит отклонения прежде всего в своей области.

Поэтому очень часто, судя по историям развития аутичных детей, мы видим процесс ранней диагностики, идущий со знаком “минус”: сначала подозревали детский церебральный паралич - этот диагноз был снят; потом думали о снижении слуха - не подтвердилось. Конечно, в случаях даже малейшего подозрения на нарушения моторики, речи, восприятия, при каких-то знаках органического происхождения необходимо проверить эти сомнения, так как более ясную диагностическую картину может дать только время, и страшно пропустить какое-то раннее проявление, например, нарушения тонуса либо признаки эпи-готовности (что встречается и при раннем детском аутизме) - все это требует специальных коррекционных воздействий.

Часто оказывается, что все эти подозрение не подтверждаются, и серьезных проблем у ребенка нет или своевременная помощь (например, массаж при задержке моторного развития) их достаточно быстро компенсирует. Однако у мамы остается постоянное ощущение неблагополучия, которое трудно выразить в речи. Типичен рассказ матерей о том, как их жалобы педиатру на то, что ребенок “как-то не так смотрит”, что “трудно добиться от него ответного общения”, вызывали ответную реакцию недоумения: “Ну что Вы придумываете? Хороший, здоровый малыш!”

Раньше представить, что происходит с аутичным ребенком первого года жизни можно было только по воспоминаниям близких. Теперь благодаря ставшей уже не редкостью возможности домашних видеозаписей, удастся увидеть кадры, в которых заснято его поведение на самых ранних этапах жизни в привычной обстановке. Так, например, на одной таких записей поведения девочки в возрасте от 3-х месяцев до 1,5 лет обращает на себя внимание отсутствие ее живой реакции на лица домашних, какая-то удивительная

замедленность движений, пассивность, предпочтительность лежачего положения на спине, отсроченность реакций и их малая выразительность; она нигде не плачет, ничего не просит, не смеется; не издает практически ни одного звука. Вместе с тем видны ее умное выражение лица, зачарованность мельканием цифр на видеомagneтoфoнe, пламенем свечи. Она долго и сосредоточено сжимает и трясет целлофановой пакет, перебирает кусочки конструктора, листает книгу и не проявляет никакого интереса к лежащим рядом игрушкам. Видно, как сложно маме привлечь ее внимание к себе, как трудно вызвать ее улыбку, реакцию на обращение, как аморфно висит она у нее на руках, как игнорирует брата, который ее тормозит. Конечно, при разовом непродолжительном наблюдении, все эти особенности не всегда могут обнаруживаться - девочка может показаться просто очень спокойной, флегматичной, сонной. Когда же подобные тенденции составляют основной фон взаимодействия ребенка с окружением, когда они повторяются изо дня в день – это, безусловно, должно настораживать.

Как же ведут себя родители, когда обнаруживают у своего малыша такие особенности эмоционального реагирования, такое своеобразие и ограниченность исследования окружения и контакта с близкими?

Крайне важно понять, как складываются отношения близких с ребенком в таких непростых условиях, какой положительный и отрицательный опыт они уже приобретают в контактах с ним до того времени, как попали на консультацию к специалисту и получили необходимые рекомендации, как они сами оценивают этот опыт, какими им представляется динамика психического состояния ребенка и дальнейшие перспективы. Конечно, все истории этих сложных взаимоотношений, также как и истории развития самих детей,

которым в итоге был поставлен ранний детский аутизм, по-своему уникальны. Однако также как существуют сходные, достаточно типичные по своим основным проявлениям варианты аутистического развития, отражающие закономерность его протекания, так и имеются типичные установки родителей на понимание особенностей ребенка и подходы в его воспитании. Рассмотрим некоторые, наиболее характерные из них.

Вариант первый.

Обычно это очень преданные родители, стремящиеся как можно скорее исправить положение. Они делают отчаянные попытки преодолеть трудности, несмотря ни на что привлечь внимание ребенка, наладить с ним взаимодействие достаточно директивным путем - пересилить “упрямство”, заставить, не идти у него на поводу. Достаточно часто такую роль берет на себя кто-то один, например отец, которому кажется, что мама слишком балует, во всем уступает прихотям малыша и поэтому он совершенно ее не слушается, не знает слова “нельзя”. И дело здесь совсем не всегда в какой-то особой жесткости стиля воспитания. Обычно отец, проводящий большую часть времени на работе, не имеет возможности постоянно видеть ребенка и убедиться в том, что его отчаянные требования неизменности окружения, в том числе постоянного присутствия матери, какие-то пристрастия, пресыщаемость в контактах больше, чем каприз, трудности обучения обычным бытовым навыкам - самостоятельного держания ложки в руке, освоения горшка - больше, чем нежелание. К тому же, как мы уже неоднократно говорили, у малыша умный взгляд, иногда в своей логике поведения он может продемонстрировать сообразительность и способность, что естественно повышает к нему уровень требовательности. И, конечно, жалко измученную маму, которую он может

буквально тиранить. Надо сказать, что такой директивный, не терпящий возражений подход (особенно если он осуществляется в спокойной, бесстрастной форме) иногда срабатывает - ребенок действительно может однократно выполнить инструкцию и организовать себя. Но, к сожалению, очень непродолжительно, и это не оказывает решающего влияния на его развитие. Такая экстремальная необходимость “собраться” требует от ребенка такого напряжения, что в итоге он разряжается опять же на матери или в ее присутствии. Кроме того, постоянное превышение реально доступного малышу уровня взаимодействия может спровоцировать возникновение новых и даже более острых поведенческих проблем - фиксированных страхов, в том числе своих близких, нарастающего негативизма, агрессии, что приводит к еще большему уходу от контакта, большим сложностям повседневной жизни.

Вариант второй.

Как правило это очень чуткие, бережно подходящие к малышу родители, занимающие скорее выжидательную позицию. Почувствовав, что ребенок испытывает большой комфорт, будучи включен в свои, не всегда понятные занятия, родители перестают пытаться в них активно вмешиваться, пассивно принимают ребенка таким, какой он есть; они поддерживают лишь те ограниченные формы взаимодействия, против которых он не протестует или которые он активно требует. Обычно при этом близкие очень тонко чувствуют состояние малыша, знают, что ему может понравиться, но еще больше - что может вызвать его негативную реакцию. Поэтому они сверх осторожны, не пытаются сами хотя бы немного изменить сложившиеся стереотипы отношений с ним, строго соблюдают все его привычки, “запреты”, требования. Понятно, что таким образом родители с годами настолько втягиваются в этот

патологический замкнутый круг, проживая изо дня в день один и тот же ограниченный сценарий, что зачастую сами поддерживают сохранение стереотипности в поведении ребенка. При этом складывающееся ощущение постоянной однообразности, отсутствия движения, переживание собственной беспомощности часто порождают у них депрессивное состояние. В таком состоянии невозможно эмоционально отреагировать на прорвавшуюся живую реакцию малыша, адекватно поддержать его редкую инициацию контакта, наконец, сохранять в семье атмосферу взаимопонимания, душевной поддержки и безопасности. Таким образом невольно возникает как бы вторичная аутизация ребенка и в итоге ограничение возможностей его развития.

Вариант третий.

Такие родители демонстрируют более естественный и гибкий подход: активный, направленный, но вместе с тем и осторожный. С одной стороны, он выражается в постоянном внимании к каждому проявлению активности ребенка, которое может быть использовано для коммуникации и исследования окружения. Вместе с тем не упускается и малейшая возможность провоцировать такую активность. Избегается давление на ребенка, но интуитивно используются приемы произвольного включения его в ситуацию объединенного со взрослым внимания - комментирования того, на что смотрит малыш, того, что он делает.

Такой подход, безусловно, самый продуктивный. Даже если развитие ребенка очевидно идет по аутистическому типу, то в этих условиях не теряется окончательно связь малыша с близкими, не накапливается тяжелый груз преимущественно негативного опыта взаимодействия с ними и постепенно формируются рычаги эмоциональной регуляции его поведения. Из историй

развития детей нам удастся почерпнуть много блестящих родительских находок в формировании таких рычагов управления психическим развитием ребенка. Приведем несколько примеров.

Пример первый. Младенец демонстрировал слишком большую избирательность в общении - признавал только маму, улыбался только ей и то ограниченно и редко. Отец, сильно переживавший эту ситуацию, постарался понять, когда малыш ей улыбается. Оказалось, что улыбка возникает всегда, когда мама подходит к сыну в определенном халате, красочный орнамент на котором ему, видимо, очень нравился, то есть оживление ребенка, усиление его гуления, улыбка возникали, прежде всего, на мамин халат, а не на ее лицо и голос. Тогда папа стал, подходя к малышу, регулярно надевать этот халат и “срывать” его улыбку. Одновременно он подставлял ребенку свое улыбающееся лицо и постепенно стало возможным непосредственное эмоциональное “заражение” - улыбка провоцировала улыбку. Внешне эмоциональное общение отработывалось как бы механически, однако на самом деле для запуска механизма аффективного “заражения” и возможной на его основе синтонности переживаний не хватало дополнительной стимуляции, которая была найдена и очень разумно использована.

Пример второй. Родителей беспокоило то, что младенец мало гулил и замолкал, когда кто-нибудь из взрослых пытался подхватить его звуки. Тогда они стали гулить сами - друг перед другом в присутствии ребенка, но не обращаясь прямо к нему. Подобное “представление” очень занимало малыша, он оживлялся, радовался и в итоге тоже начинал им вторить.

Пример третий. Близкие ребенка постоянно с раннего возраста сталкивались с тем, что малыша было очень трудно произвольно сосредоточить

на чем-либо: на игрушке, картинке, на своем лице. С полутора лет его любимым занятием было раскачивание на качелях - и на улице и дома. Тогда мама и бабушка стали подсовывать малышу книжку, картинку, игрушку во время качания. Получалось, что пока качели удалялись - приближались, он успевал передохнуть, но в то же время он никуда не уходил окончательно, он мог бросать взгляд на расстоянии - таким образом нужное впечатление и информация давались дозированно, ритмично, но в результате - достаточно длительно. Также на качелях некоторые дети к двум годам осваивали буквы, которые показывали и называли родители; начинали под ритм движения качелей повторять стихи. На качелях же легче возникало эмоциональное заражение от лица взрослого, получался самый первый вариант “прятки”, когда мама прячет лицо и открывает (известно, какой восторг при этом испытывают младенцы) - таким образом происходило сосредоточение на ее лице.

Родители, владеющие даром такого подхода, конечно, тоже прекрасно чувствуют состояние своего малыша, в большинстве ситуаций хорошо его понимают. Однако, им самим тоже нужна постоянная поддержка. Ежедневный, требующий огромной и психической и физической выносливости кропотливый труд, в ответ на который то возникает какое-то ответное движение ребенка, то нет, то он обнадеживает, то разочаровывает; постоянная тревога за его будущее; вынужденное ограничение собственных отношений с миром, частое непонимание окружающих и даже родных - вот те постоянные условия, в которых живут и борются за своего малыша его близкие. Конечно, временами не хватает сил и опускаются руки, возможны даже серьезные срывы и ошибки, не всегда ощущается положительная динамика состояния ребенка. Именно поэтому рядом с близкими постоянно должен быть специалист, который

<http://childrens-needs.com/>

поможет адекватно оценить движение в развитии малыша и продумать следующий его шаг.

ОРГАНИЗАЦИЯ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ

Постараемся проследить основные направления и правила коррекционной работы при нарушении раннего эмоционального развития.

1. Логика аффективного развития аутичного ребенка, как было рассмотрено выше, в силу тех патологических условий, в которых оно происходит (изначальная слабость тонуса и сверхчувствительность) отражает направленность на создание надежных способов аутостимуляции, повышающей его психический тонус и заглушающей постоянно возникающий дискомфорт, хроническое состояние тревоги и массивные страхи. На ранних этапах аутистического дизонтогенеза мы можем видеть, как происходит связанное с этим искажение психического развития ребенка. Фиксация отдельных сильных ощущений от внешнего сенсорного потока, от своего тела происходит очень рано. Ребенок вновь и вновь стремится их повторить, тем самым ограничивая возможность формирования механизмов реальной адаптации в развитии отношений с окружающим миром и, прежде всего, с близкими. Если в норме погружение младенца в поток сенсорной стимуляции идет в одном русле с его взаимодействием с матерью, то здесь уже в первые месяцы жизни ребенка особая захваченность сенсорными переживаниями начинает препятствовать этому взаимодействию и развивается в самостоятельную линию, блокирующую важнейший механизм эмоционального тонизирования от другого человека. Исходя из этого, главным принципом коррекционного подхода является объединение этих двух линий в единую. Поскольку линия механической аутостимуляции ребенка выражена сильнее, взрослому человеку необходимо

подключаться к ней и постепенно уже изнутри наполнять ее новым содержанием эмоционального общения.

2. Помимо искажения психического развития при раннем детском аутизме мы видим в любом случае, даже при достаточно интенсивном интеллектуальном развитии и при наличии каких-то избирательных способностей у ребенка, его выраженную эмоциональную незрелость. Поэтому, вступая во взаимодействие с ребенком, нужно адекватно оценивать его реальный “эмоциональный” возраст. Необходимо помнить о том, что он легко пресыщается даже приятными впечатлениями; что он часто действительно не может подождать обещанного; что его нельзя ставить в ситуацию выбора, в которой он самостоятельно беспомощен; что ему нужно время для того, чтобы пережить полученное впечатление или информацию - поэтому характерны отсроченные реакции, что он стремится стереотипизировать взаимодействие с окружающим. Перечисленные особенности в принципе не являются патологичными, они характерны для очень ранних этапов нормального развития. Вспомним, как младенец отрицательно реагирует на задержку удовлетворения его потребности, как требует для ухода за собой одни и те же руки, как многократно хочет повторить одно и то же приятное впечатление, как легко возникает плач после сильной радости или возбуждения.

Как любой малыш, аутичный ребенок очень чувствителен к интонации, с которой к нему обращаются; крайне чуток к эмоциональному состоянию близкого человека - особенно легко ему передается его тревога, неуверенность, он страдает от его дискомфорта, но часто выражает это не сопереживанием, а ухудшением собственного состояния, усилением страхов, агрессивным поведением.

Очень часто мы видим двух-трехлетнего ребенка и старше, аффективное развитие которого, прежде всего, способность понять эмоциональный смысл ситуации, находится на уровне ниже годовалого возраста. Понятно, что младенца никто не станет организовывать, призывая к его сознательности, чувству долга, вины, требовать от него сострадания. Однако, двухлетнего ребенка уже упрекают :“Как тебе не стыдно”, “Ты расстроил маму”, “Ты что не можешь потерпеть?”, “Не жадничай”. Поэтому, одной из первой рекомендаций, которую мы даем родителям, является: “Вспомните, как вы разговаривали с малышом, когда он был младенцем.....”

3. Оказание коррекционной помощи невозможно без точного определения доступного ребенку уровня взаимодействия с окружением, превышение которого неизбежно вызовет у него уход от возможного контакта, появление нежелательных протестных реакций - негативизма, агрессии или самоагрессии и фиксацию негативного опыта общения.

По каким параметрам можно определить этот адекватный в данный момент особенностям ребенка уровень контактов с окружающим миром и людьми?

- Приемлемая дистанция общения. Насколько близко он сам приближается к взрослому и насколько близко подпускает его. Можно ли взять его на руки и как он при этом сидит (напряженно, приваливается, карабкается), как относится к тактильному контакту, смотрит ли в лицо и как долго? Как он ведет себя с близкими и как с незнакомыми людьми? Насколько он может отпустить от себя маму?

- Излюбленные занятия, когда он предоставлен сам себе: бродить по комнате, забираться на подоконник и смотреть в окно, что-то крутить, перебирать, раскладывать, листать книгу и др.

- Характер обследования окружающих предметов: рассматривает; обнюхивает; тащит в рот; рассеянно берет в руку, не глядя, и тотчас бросает; смотрит издали, боковым зрением....Как использует игрушки: обращает внимание лишь на какие-то детали (крутит колеса машины, бросает крышечку от кастрюли, трясет веревку), манипулирует игрушкой для извлечения какого-либо сенсорного эффекта (стучит, грызет, кидает), проигрывает элементы сюжета (кладет куклу в кровать, кормит, нагружает машину, строит из кубиков дом).

- Наличие сложившихся стереотипов бытовых навыков, насколько они развернуты, насколько жестко привязаны к привычной ситуации.

- Использование речи и в каких целях: комментирует, обращается, использует как аутостимуляцию (повторяет одно и то же аффективно заряженное слово, высказывание, выкрикивает, скандирует); насколько она стереотипна, характерны ли эхолалии, в каком лице он говорит о себе.

- Поведение в ситуациях дискомфорта, страха: замирает, возникают панические реакции, агрессия, самоагрессия, обращается к близким, жалуется, усиливаются стереотипии, стремится повторить или проговорить травмировавшую ситуацию.

- Поведение при радости - возбуждается, усиливаются двигательные стереотипии, стремится поделиться своим приятным переживанием с близкими.

- Способ реагирования на запрет: игнорирует, пугается, делает "назло", возникает агрессия, крик.

- Средства его успокоения при возбуждении, при расстройстве - взять на руки, приласкать, отвлечь (чем? - любимым лакомством, привычным занятием, уговорами).

- Продолжительность сосредоточения его внимания на игрушке, книге, рисунке, фотографиях, пазлах, мыльных пузырях, свечке или фонарике, возне с водой и т.д.

- Отношение к участию взрослых в его занятиях (уходит, протестует, принимает, повторяет какие-то элементы игры взрослого или отрывки его комментария). Если позволяет включаться, то насколько можно развернуть игру или комментарий.

Наблюдения по перечисленным выше основным параметрам, характеризующим поведение ребенка, могут дать информацию как о возможностях ребенка в спонтанном поведении, так и в создаваемых ситуациях взаимодействия. Обычно эти возможности существенно различаются. Так, в своей непроизвольной активности ребенок может достаточно ловко манипулировать объектами: быстро листать страницы, собирать кусочки мелкой мозаики, соединять детали конструктора, раслаивать веревочку, но когда родители пытаются вложить ему в руку ложку, чтобы приучить его к самостоятельной еде, или карандаш, чтобы научить его рисовать, он оказывается страшно неловким, несостоятельным. Такой ребенок может неожиданно произнести достаточно сложное слово “в пространство”, но не в состоянии повторить по просьбе даже самое простое сочетание слогов.

Это - не упрямство, не нежелание, а реальные трудности произвольной организации ребенка с серьезными нарушениями аффективного развития. Оценивая уровень его наличных возможностей взаимодействия с окружающим,

мы должны прежде всего определить, насколько он в данный момент вынослив в контакте и насколько велики эти трудности.

Вместе с тем зная, на что способен ребенок в своей аутостимуляционной активности, мы можем рассчитывать на реализацию этих потенциальных возможностей в правильно организованной среде.

4. Основная нагрузка, как физическая, так и психическая в воспитании ребенка ложится на его мать. Нужна регулярная помощь специалистов, которые могли бы квалифицированно оценить состояние ребенка, его динамику, подсказать матери конкретные коррекционные приемы в работе с ним, наметить следующие закономерные этапы психологической коррекции и обучения. Однако в попытках наладить взаимодействие с ребенком с серьезными нарушениями эмоционального развития, особенно раннего возраста, специалист не должен подменять родителей. Механизм привязанности должен быть сформирован по отношению именно к матери, именно она должна научиться самостоятельно регулировать поведение малыша, справляться с его состояниями повышенной тревожности, агрессивности. Только она в наиболее естественной форме может наполнить их общие складывающиеся стереотипы бытовой жизни важными для обоих аффективными подробностями.

Понятно, что в ситуации развития ребенка с серьезными нарушениями эмоционального развития должны быть активно задействованы все его близкие. Особость этой ситуации состоит не только в том, что мама нуждается в постоянной поддержке и помощи, безусловно большей, нежели при уходе за нормально развивающимся малышом. Необходимость активного участия всех членов семьи родных в воспитании такого ребенка связана с особыми трудностями формирования у него разнообразных видов контакта. Нормально

развивающийся ребенок справляется с этим сам примерно уже с полугодовалого возраста, прекрасно ориентируясь в нюансах взаимодействия с мамой, папой, бабушкой, братом и другими близкими, зная, кому он может пожаловаться, с кем пошалить и т.д. Аутичный ребенок вступает в контакт в жестко стереотипной форме, неукоснительного соблюдения которой он требует ото всех либо привязывается, как было уже сказано выше, симбиотически только к одному лицу и тогда не допускаются до взаимодействия все остальные. Раннее подключение к контакту с матерью других близких может несколько смягчить эту проблему, сделать взаимодействие с окружающими людьми более разнообразным и гибким (за счет складывания не одного, а нескольких стереотипов общения).

Другая причина важности подключения других родных - частая необходимость участия, по крайней мере, одновременно двух взрослых для отлаживания у малыша различных форм реагирования. Распределение ролей между ними происходит следующим образом: один берет на себя как бы внешний контакт с ребенком - пытается войти с ним во взаимодействие, спровоцировать его активность, подключиться к его аутистимуляции, поддержать адекватно его спонтанные проявления; второй активно помогает ребенку войти в это взаимодействие, работая его телом, руками, ногами, вокализируя за него и вместе с ним, оформляя его звуки в нужные по смыслу ситуации слова, эмоционально реагируя за него, поддерживая и усиливая его малейшие намеки на вступление в контакт, изображая их при необходимости. Из воспоминаний некоторых родителей аутичных детей мы знаем, что именно таким путем у ребенка шло формирование элементов подражания, игры, моторных навыков, провоцирование и развитие речи.

5. Большое значение в успешности коррекционной работы имеет правильная оценка динамики развития ребенка. Даже в случае, когда близкие ребенка очень внимательны ко всем его проявлениям - и небольшим ухудшениям состояния и к малейшему его движению в сторону новых положительных приобретений - им в этом часто нужна помощь специалиста. Быстрое привыкание к новым возможностям малыша, а иногда и некоторая их недооценка, либо, напротив, большое желание принять отдельные признаки зарождающейся способности за умение, которое должно стабильно проявляться - естественные последствия каждодневной жизни с ребенком и невозможности стать на позицию “объективного наблюдателя” со стороны.

Кроме того, часто новые способы реагирования ребенка, новые особенности его поведения трудно оценить однозначно. Например, малыш стал агрессивным или жадным, или у него появились страхи, или он стал требовать постоянного присутствия мамы - что это “плюс” или “минус” ? Для того чтобы адекватнее оценить эти и другие изменения, нужно хорошо помнить “точку отсчета” - исходный уровень возможностей его взаимодействия с окружением и рассматривать появившиеся новообразования в сравнении с ним и в общем контексте поведения. Например, появление страхов у ребенка, у которого раньше не было чувства края, который спокойно мог убежать от мамы, не реагировать на боль свидетельствует безусловно о положительной динамике психического развития - о зарождении нового уровня в его контактах с миром. Если малыш, раньше индифферентно относившийся к близким, стал проявлять сверх привязанность к маме, или ранее ничего не просящий ребенок стал “надоедать”, приставать к родителям, а пассивно подчиняемый - проявлять негативизм и агрессию - это, конечно, усложняет жизнь всей семьи, создает

часто новые серьезные проблемы , но никак не говорит о том, что ребенку стало хуже.

Адекватная оценка изменений, происходящих с ребенком нужна не только для того, чтобы понять, правильно ли было организовано взаимодействие с ним, но и в каком направлении надо двигаться дальше, к освоению каких следующих новых способов взаимодействия с окружением его следует осторожно подводить.

ПРИЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ КОРРЕКЦИОННОЙ ПОМОЩИ

1. Первым и основным приемом коррекционного воспитания ребенка с выраженными трудностями аффективного развития является создание для него адекватно организованной среды.

Как же правильно организовать ту среду, которая обеспечит максимальное включение во взаимодействие аутичного ребенка?

А. Прежде всего, необходимо создать и поддерживать особый аффективный режим воспитания ребенка.

Речь идет не только о протроенности и регулярности режимных моментов каждого дня, хотя это тоже очень важно. По историям развития таких детей мы знаем, что на первом году жизни у большинства из них в этом проблем не было. В дальнейшем часть детей строго следовала установленным стереотипам, трудности были связаны, напротив, с попытками близких внести в них даже малейшие изменения. Другие дети, наоборот, теряли ту регулярность жизни, которой они до года пассивно подчинялись, и уже к 3 годам родители обычно испытывали большие проблемы с тем, чтобы накормить ребенка вовремя и за столом, в определенное время усадить на горшок, уложить спать, вывести на прогулку и привести с улицы домой и т.д.

С одной стороны, чрезмерная склонность к повторению однажды заведенного порядка представляет собой серьезное препятствие для развития более естественных и гибких способов взаимодействия с окружением, с другой, создание определенного стереотипа - привычек, правил (“как всегда”) - обязательный компонент адаптации, дающий ощущение надежности, стабильности.

Для аутичного ребенка и с более тяжелым и с более легким вариантами развития стереотипная форма существования является наиболее доступной, а на начальных этапах коррекционной работы обычно и единственно возможной. Именно она часто помогает уберечь ребенка от аффективного срыва, запустить с большей вероятностью его активность в адекватных контактах с окружающим, закрепить полученные достижения.

Говоря о специальном аффективном режиме, мы имеем в виду не только физическое поддержание сложившегося стереотипа каждого дня, но и регулярное проговаривание его, комментирование всех его деталей, объяснение ребенку эмоционального смысла каждой из них и их связи. В этом и заключается разработка аффективных бытовых стереотипов малыша с помощью близкого, которая происходит, как уже говорилось выше, на ранних этапах нормального развития. По сути дела, такой режим создает младенцу на первом году жизни мать, а чаще - бабушка, которая проговаривает, переживает вслух все события дня, планирует основные моменты жизни семьи, подытоживает, "как прожили сегодня". Вспомним, какая характерная интонация - размеренная, распевная, ласковая, оптимистичная - бывает при этих приговорах; как ребенок естественно становится постоянным соучастником всего того, что происходит в доме: "Проснулся, мой золотой, ну давай одеваться.... пойдём кашку варить.... А что у нас за окошком? Ах, этот дождик, но ничего, пройдет и мы гулять пойдём ...Кто это нам звонит? Наверное, папа с работы...Сейчас, сейчас подойдем..." и т.д. Это естественно получается само собой, если ребенок с восторгом смотрит на говорящего взрослого, лепечет в ответ на его речь, эмоционально реагирует, следит за тем, что он делает. Если же выраженной реакции нет, и малыш кажется безучастным к тому, что говорит и что показывает мама, то ее

развернутые и эмоциональные комментарии тоже начинают затухать, сворачиваться. Характерно, что часто даже очень внимательные и эмоциональные матери аутичных детей взаимодействуют с ними молча. Между тем, именно в этом случае подобные комментарии особо необходимы.

Мы видим у более старших аутичных детей особую фрагментарность восприятия, их картина мира - спрессованные, неразвернутые, аффективно насыщенные отдельные переживания, которые сохраняются в неизменной форме на протяжении многих лет. Поэтому так важно уже с самого раннего возраста давать представление такому ребенку о связи отдельных впечатлений, объяснять ее эмоциональный смысл.

Чтобы включить ребенка хотя бы в более пассивной форме (слушания) в этот комментарий, взрослый обязательно должен опираться на значимые для ребенка аффективные детали его жизни. Если при благополучном эмоциональном развитии малыш радуется уже самому факту, что мама с ним говорит, буквально “впитывает” ее интонацию, ловит моменты акцентирования ее внимания, в общем с готовностью “идет” за ней, то здесь часто приходится следовать за ребенком, в первую очередь отмечая важные для него моменты (“достанем печеньице из буфета”, “откроем кран, и водичка польется быстро-быстро” и т.п.) и соединяя их с постепенно нарастающими деталями эмоционального переживания происходящего, значимыми для нее самой.

Благодаря поддержке эмоционального режима становится возможным разметка времени. Регулярность чередования событий дня, их предсказуемость, совместное переживание с ребенком прожитого и планирование предстоящего создают в совокупности временную сетку, благодаря которой каждое сильное для ребенка впечатление оказывается не заполняющим собой все его жизненное

пространство и время, но находит в ней какое-то ограниченную область. Тогда легче можно пережить то, что было в прошлом, подождать того, что будет в будущем.

Как важно размечать время, также необходимо размечать и пространство, в котором живет ребенок. Такая разметка происходит благодаря постоянному эмоциональному комментарию взрослого того, что обычно происходит на данном месте: еды, одевания, игровых занятий, прогулки, ритуала прощания с кем-то из близких, уходящих на работу (например, помахать в окно рукой), сиденья на горшке и т.д.

Постоянство места и времени соблюдается аутичными детьми в одних случаях очень жестко и неукоснительно, но здесь основная забота ребенка, чтобы были сохранены все детали - иначе возникает тревога, дискомфорт. Взрослый должен не допустить их механического перебора, помочь ребенку эмоционально осмыслить их необходимость. Даже в случае, когда в уже сложившийся застывший стереотип ребенка включены, казалось бы, бессмысленные ритуальные действия, их также надо пытаться включать в общий смысловой контекст. В таком случае ребенок совершает их менее напряженно и ожесточенно. Например, если он должен обязательно, войдя в комнату, несколько раз щелкнуть выключателем, это можно прокомментировать следующим образом: “Проверим, горит ли свет - все в порядке, нам будет светло”, или, если он сосредоточен на том, чтобы была прикрыта дверь - “Закрой, закрой, чтобы не дуло”, если раскладывает в определенном порядке фломастеры на столе - “Так, все у нас на месте, ты же аккуратный мальчик”. На том уровне взаимодействия с окружением, на котором находится такой ребенок, это будет не большая фиксация его навязчивостей или

влечений, но, наоборот их смягчение через эмоциональное осмысливание взрослым как подходящих к данной ситуации. Нежелательное закрепление их происходит при попытках их запретить или торопливо “свернуть”.

В других случаях достижение этого постоянства большая проблема и складывание этих простейших привычек возможно как раз через многократное повторение их в комментариях (“здесь мы всегда делаем то-то, а здесь мы больше всего любим делать то-то...”), пока ребенок еще реально не зафиксировал эти места. Формирование таких осмысленных бытовых стереотипов может происходить очень медленно. Часто поначалу складывается впечатление, что подобное комментирование идет “вхолостую”, что внимание ребенка не удастся зацепить никакой аффективной деталью, однако следует этим заниматься регулярно, постоянно. Это, прежде всего, задает определенный размеренный ритм самому взрослому, помогает не упустить какой-то важный момент или впечатление, и даже если ребенок не настроен в данный момент задержаться на нем подольше, его надо обговорить и зафиксировать тем самым его присутствие в общем распорядке дня. По первоначальному отсутствию выраженной реакции аутичного ребенка нельзя судить о том, что он ничего не воспринял. Точно так же, как он может вставить недостающее слово в стихотворной строчке и тем самым подтвердить, что он помнит это стихотворение, так же он может обозначить пропущенный момент в привычном распорядке дня (потянуть в нужное место, назвать действие, которое там обычно совершается или просто расстроиться из-за того, что этого момента не было).

Проговаривание подробностей прожитого дня, их закономерное чередование дает возможность более успешной регуляции поведения

маленького ребенка, чем попытки его внезапной организации, когда у матери, например, появились время и силы. Во-первых, при этом меньше вероятность пресыщения, поскольку идет непрерывная смена впечатлений, действий. Во-вторых, многократное ежедневное повторение обязательных событий дня, их предсказуемость определенным образом настраивает малыша на то, что ему предстоит, на последовательность занятий и облегчает в значительной степени возможности его переключения. А как мы знаем, застреваемость на отдельных впечатлениях и крайне быстрая пресыщаемость в произвольной активности аутичного ребенка являются одними из наиболее серьезных препятствий в организации его взаимодействия с окружением.

Б. Сенсорная организация пространства.

- Использование чувствительности к строению и динамике окружающего сенсорного поля.

Известно, насколько аутичный ребенок зависим от окружающего сенсорного поля. С одной стороны, это создает огромные трудности в его произвольной организации: случайные впечатления отвлекают его, он может слишком сильно погружаться в избирательные ощущения или уходить от взаимодействия, если присутствует в поле негативный раздражитель. Так, например, притягивающая его внимание электрическая розетка на стене, (которая вызывает у ребенка страх), может занять его целиком и сделать безуспешными попытки его организации на какое-либо занятие, либо быть причиной того, что ребенок просто не войдет в эту комнату.

Часто такая чрезмерная зависимость бывает причиной отсутствия у ребенка чувства самосохранения (когда он может убежать по дорожке в лес, зайти глубоко в воду, залезть высоко по лестнице, броситься к манящему

впечатлению через проезжую дорогу или, наоборот, резко метнуться от отрицательно заряженного раздражителя).

С другой стороны, продуманная организация сенсорной среды позволяет избежать впечатлений, разрушающих взаимодействие ребенка с окружением и наполнить ее стимулами, побуждающими к определенным действиям и задающих их нужную последовательность. Например, постеленная в коридоре дорожка “заставляет” по ней бежать в нужном направлении, вовремя открытая дверь организует выход ребенка.

Помощником взрослого, пытающегося наладить взаимодействие с ребенком, может выступать, прежде всего ритмическая организация воздействий. Первые игры, которые осваивает с помощью близких нормально развивающийся малыш, в значительной степени построены на ритмической основе. В коррекционной работе следует активно использовать эти естественные приемы произвольной организации. Ритмический узор цветного орнамента позволит дольше фиксировать картинку в книге, повторяющийся рисунок детского коврика (чередование дорог и домиков) позволит дольше следить за движением по нему машинки, музыкальный ритм легче организует движения, ритмичный пересчет ступенек (или ритмично напеваемый марш) поможет боязливому и осторожному малышу преодолеть лестницу.

Ритм может выступать и как фон, организующий и собирающий ребенка на какое-то более сложное занятие. Так, под ритмическое движение качелей или лошадки-качалки малыш способен прослушать сказку или какой-то небольшой рассказ о его жизни, в то время как в другой ситуации он не выдерживает этого и двух минут. Точно так же он способен дольше сосредоточиться на слушании

книги или аудиозаписи, если при этом занят каким-то своим привычным ритмичным занятием (собираем пазлов, чирканьем карандашом и т.п.)

Аутичный ребенок может быть очень чуток к завершенности формы, которую он воспринимает. Эта особенность восприятия также должна обязательно учитываться. Например, совершенно “полевой” ребенок, уходящий от любой попытки его произвольной организации, может на ходу, вроде бы не глядя, сунуть в подходящее место недостающий кусочек пазла, не пользующийся активно речью малыш вставить пропущенное слово в услышанной стихотворной строчке, допеть песню. Многие развивающие игрушки для детей раннего возраста, как известно, построены на этом принципе завершенности (пирамидки, кубики с рисунками, доски с углублениями и вкладышами и т.п.). Надо сказать, что у многих аутичных детей действия с подобными предметами наиболее успешны, некоторые из них могут проводить за ними достаточно длительное время. Однако при всей кажущейся разумности этих занятий (в отличие, например, от потрясывания какой-нибудь палочкой или бесконечного верчения колеса) нельзя надолго оставлять ребенка с ними один на один, так как это часто превращается тоже в форму достаточно механической аутостимуляции, в которую малыш может погружаться очень сильно. Необходимо называние взрослым того, что делается или получается у ребенка, эмоциональное комментирование его ловкости, умелости, чувства красоты и т.п. Вместе с тем такие занятия могут и успокоить ребенка, вернуть ему комфортное состояние, чем достаточно часто его близкие пользуются в экстремальных ситуациях.

- Использование сенсорных раздражителей, повышающих эмоциональный тонус.

Существует много способов повышения эмоционального тонуса ребенка благодаря использованию приятных для него сенсорных впечатлений, положительных сильных переживаний (игры с водой, со светом, с мыльными пузырями, красками, мячиком, юлой, физическая возня, беготня по коридору с моментами “салочек” и “прятки” и т. д.). Для этого, конечно, надо хорошо знать конкретные пристрастия малыша, его особые интересы, а также то, что может вызвать его неудовольствие, страх. Поэтому подбор таких тонизирующих занятий должен быть достаточно индивидуален. Например, одного ребенка мыльные пузыри очаровывают, он приходит от них в восторг, пытается их ловить или давить, другого они пугают; одного рисование красками тонизирует и сосредотачивает, другого слишком возбуждает, провоцирует агрессию (разливание красок, неистовое размазывание ее по бумаге до дыр), одному торможение приносит радость, другому - дискомфорт. Если даже нет возможности знать все подробности истории ребенка, можно предположить о предпочитаемой им стимуляции, оценивая его психический статус с точки зрения близости к одному из описанных выше вариантов аутистического развития.

2. Использование аутоstimуляции ребенка.

Подключение к аутоstimуляции ребенка также является ведущим приемом установления с ним контакта, усиления его активности и направленности на окружающий мир, организации и усложнения общих с ним способов взаимодействия с окружением.

Способы аутоstimуляции детей, страдающих ранним детским аутизмом, могут быть достаточно разнообразны. И уровень подключения к ним тоже может быть разным.

Например, у аутичного ребенка с первым вариантом развития радость, оживление легче всего можно вызвать щекотанием, кружением, торможением. В норме все маленькие дети на определенном этапе развития (как было рассмотрено выше) тоже обожают такие тонизирующие игры, основанные на подобном торможении и подбрасывании. И, конечно, нельзя не использовать достаточно редкую возможность быть необходимым ребенку в качестве инструмента для получения удовольствия, он даже сам может “просить” об этом - привалиться к взрослому, приставить его руки к себе на пояс. Однако, в отличие от возни благополучно развивающегося малыша, такой ребенок не заглядывает в лицо того, кто его кружит, трясет, качает (характерно, что он поворачивается обычно к нему спиной), не пытается разделить с ним своего веселья. Оживление выглядит механическим, и подобное подключение к аутостимуляции тоже оказывается механическим.

Вместе с тем эта же ситуация при другом - эмоционально осмысленном подходе - может оказаться очень ценной. Главное условие, которое следует соблюдать при подобном взаимодействии с малышом - искать малейшую возможность повернуть его лицом к себе, поймать его взгляд, чередовать прятание своего лица и неожиданного выглядывания с улыбкой (то есть проигрывать самому тот острый момент общения, который так восторженно стремятся повторять благополучно развивающиеся дети). На высоте подъема тонуса аутичного ребенка его аффективное заражение от взрослого проходит значительно легче, и он получает положительный опыт хотя бы недолгой синхронизации своего эмоционального состояния с состоянием другого человека.

Одновременно происходит и тренировка большей выносливости к тактильному контакту. К торможению, кружению (то есть тому набору сенсорной, вестибулярной стимуляции, которой он вполне удовлетворяется сам) необходимо дозированно добавлять более адекватные неформальному контакту способы тактильного взаимодействия, которого так много при нормальном развитии - поглаживание, прижимание к себе, объятие; можно пытаться обнимать себя ручками ребенка и т.д. Так же как глазной контакт, тактильное взаимодействие в условиях нормы лежит, как известно, в основе формирования привязанности.

Выбирая, если есть такая возможность, к какой форме аутоstimуляции лучше присоединиться, надо помнить о том, что есть такие ее проявления, подключение к которым непродуктивно. К ним относятся самые грубые ее формы, которые выглядят как влечения, завязанные на переживании сильных телесных ощущений. Попытки обыгрывать их, наполнять эмоциональным смыслом практически бесполезны. Среди ранних форм такого захватывающего ребенка самораздражения можно отметить различные оральные манипуляции (сосание языка, щек, скрип зубами), поиск особых тактильных раздражений (фиксация каких-то ощущений в области ступни, онанизм), перебирание фактуры предметов, расслаивание веревочки и т.п. На первый взгляд, такое погружение аутичного ребенка может напоминать характерную для нормы исследовательскую активность. Однако она отличается особой захваченностью, большим аффективным напряжением, ожесточенностью и стереотипностью.

Гораздо более продуктивным представляется подключение к аутоstimуляции дистантными раздражителями, когда ребенок созерцает движение или ритмически организованные конструкции; заворуженно смотрит

в окно или слушает ритмические стихи, песни, а затем начинает их воспроизводить. В этом случае подключение может носить характер погружения вслед за ребенком в поток очаровывающих его впечатлений и оказания помощи, которая ему в данный момент необходима - протянуть деталь конструктора, вложить кусочек пазла, отметить движение, которое произошло за окном, протарахтеть, как проехавшая машина. Если малыш ритмически стучит игрушкой, крутит колесико от машины или бесконечно требует завести юлу или его невозможно отвлечь от качелей - с этим тоже можно продуктивно работать, если заданную ритмическую форму сопровождать озвучиванием и внесением в нее эмоционального смысла. Это очень осторожная и неторопливая работа: слишком много слов сразу, слишком небольшая дистанция общения, или громкий голос, или резкое движение могут помешать появлению объединенного с ребенком внимания.

3. Приемы стимуляции речевого развития.

Замедленный темп роста активного речевого запаса малыша, постепенный уход и сворачивание имевшихся слов, разовое произнесение какого-то слова без дальнейшего повторения его, смазанность, недоговаривание слов - вот те особенности речевого развития, которые беспокоят родителей аутичных детей раннего возраста. До трех лет попытки логопедических занятий предпринимаются, обычно, очень редко. Родные часто сами начинают пробовать активно исправлять неправильно произнесенные ребенком слова, заставляют его повторить еще раз, переспросить, когда не разобрали, что он сказал, задавать вопросы, надеясь, что это стимулирует ответ. Однако в большинстве случаев это приводит к обратному результату - ребенок все

больше избегает речевого взаимодействия, расстраивается, что его не понимают, и может практически замолчать.

Вместе с тем существуют достаточно действенные приемы провокации речевой активности. Рассмотрим некоторые из них.

а) Использование имеющихся вокализаций ребенка.

Чаще мутичный аутичный ребенок не молчит все время: он может издавать какие-то звуки, играть ими, то есть использовать их как средство аутостимуляции. Для каждого ребенка набор таких “любимых” звуков достаточно ограничен - часть из них может напоминать лепетную речь (произнесение отдельных слогов - “ка”, “би”), иногда это стереотипное повторение одного и того же звука, характерно также более сложное интонирование, похожее на “птичий щебет”. В последнем случае использовать вокализации ребенка для провокации речевых фонем практически невозможно. Он так увлечен ими, так погружается в это “пропевание”, что подключиться к этому типу аутостимуляции, так же как к любому другому ее варианту, полностью захватывающему ребенка, очень трудно.

В других случаях нельзя упускать возможность подхватить уже имеющийся запас звуков малыша. Это совершенно естественный способ усиления речевой активности, наблюдаемый при нормальном развитии в ходе общения матери с младенцем. Если взрослый повторяет вслед за ребенком его звуки, он начинает их произносить чаще. Со звуками можно играть, провоцируя у малыша элементы подражания. Если сначала точно скопировать звук ребенка и увидеть, что это вызывает его интерес или хотя бы не вызывает неудовольствия, можно попытаться немного изменить интонацию, тембр голоса. Часто при этом ребенок, в принципе не обращающий внимание на лицо

взрослого, начинает смотреть на его губы, заглядывать в рот, пытаться произнести снова свой звук.

Следующий шаг - внесение звуков, произносимых ребенком, в смысловой контекст происходящего в настоящий момент. Для этого, когда малыш произносит свой стереотипный звук или слог, взрослый должен дополнить его до подходящего по ситуации слова. Например, “би” - может быть “обидели”, или “бегу”, или “лю-би-мый” или изображение того, как сигнализирует машина “би-би -и”. То, что один и тот же слог применяется к разным предметам, к обозначению состояния малыша, его действия или желания - тоже вполне естественно и закономерно на ранних этапах благополучно идущего психического развития. Не так страшно, если взрослый “ошибся” и не так интерпретировал услышанный звук - хуже, если он его пропустил, не отреагировал вовремя, не “прикрепил” осмысленным словом и своей эмоциональной реакцией к данной ситуации. Практика специалистов и опыт родителей подтверждают, что даже при первоначально возможном ощущении бесполезности такой работы, ее регулярность приводит к реально ощутимым результатам - малыш чаще начинает “звучать” в осмысленных вместе со взрослым ситуациях, звуки и слоги могут становиться более сложными, видно, как из них постепенно вырастает слово, которое оказалось для ребенка значимым (например, уже не исходное “би”, а “аби” или “биди”, произносимое малышом адекватно в момент обиды, расстройства, неудовлетворенности, боли), оно может начинать использоваться в форме первого обращения.

б) Стимуляция речевой активности на фоне эмоционального подъема.

Взаимодействие с ребенком на фоне повышения его тонуса может значительно облегчить появление эхоталий. Скорее подхватываются

“аффективно заряженные” слова, отдельные междометия, восклицания, эмоционально произнесенные взрослым. Например, при выдувании мыльных пузырей - бульканье (“буль-буль-буль”), реплики (“еще”, “хлоп”, “лети”, “лови-лови”); при игре с водой - “кап-кап”, “плюх”; при раскачивании малыша на качелях- “кач-кач”, на лошадке-качалке - “но-о”, “иго-го”, “скачи”, изображение цоканья копыт и т. д. Воспроизведенные ребенком слова или их отрывки необходимо усилить своим повторением, добавляя еще понемногу новые слова (“но-о, лошадка”, “скачи быстрее” и т.п.).

Также в состоянии эмоционального подъема малыша следует произносить за него реплики, которые подходят к ситуации по смыслу, даже если он молчит. Например, когда ему очень чего-то хочется и понятно чего и он тянет ручку в нужном направлении, нужно сказать за него: “Дай мне”, “открой”, если он бежит к маме, воодушевленный, с каким-то предметом или игрушкой в руках - “Мама, смотри”, если собрался прыгнуть со стола - “Лови меня” и т.д.

ПРОБЛЕМЫ ПОВЕДЕНИЯ

Формирование синдрома раннего детского аутизма, как уже было сказано выше, происходит к 2,5 - 3 годам. К этому возрасту становятся более заметными не только отставание и своеобразие в развитии речи, моторики, отсутствие внимания к близким, интереса к другим детям, избегание контакта с ними, трудности произвольного сосредоточения ребенка, но и особенности его поведения, которые, нарастая, превращаются в серьезные проблемы. Все чаще возникают проявления агрессии и самоагрессии, негативизм, страхи, непонятные влечения; усиливается выраженная стереотипность поведения. У одного и того же ребенка могут отмечаться и состояния крайней расторможенности, полной неуправляемости и предельной пассивности, тормозимости, погруженности; пугливости, тревожности и неосторожности, “бесстрашия” в реально опасных ситуациях; сверхпривязанности к матери и агрессии по отношению к ней и т.д.

Поведенческие проблемы в случае такого сложного нарушения развития как ранний детский аутизм требуют очень осторожного к себе отношения, особенно на этапе своего возникновения. Неправильная реакция близких, которые естественно пытаются устранить нежелательный способ поведения малыша, часто лишь усиливает его, закрепляет или приводит к появлению новых “странностей” ребенка. Сложность заключается, прежде всего, в том, что все эти проблемы тесно связаны между собой, невозможно пытаться решить каждую из них отдельно, не затрагивая остальные. Вполне закономерным является тот факт, что ослабление какой-то одной нежелательной поведенческой тенденции приводит к временному усилению другой (например,

уменьшение страха может сопровождаться увеличением активности ребенка в целом и, в том числе, учащением его агрессивных реакций и негативизма).

Кроме того, причины возникновения основных проблем поведения разнообразны. Одна и та же реакция малыша, вызывающая беспокойство у родителей и значительно осложняющая их взаимодействие с ним, может являться как негативным приобретением, так и отражать позитивную динамику его аффективного развития (например, появление агрессии может свидетельствовать о зарождении тенденции к преодолению страха или выступать в форме первого самостоятельного контакта малыша с окружающими). Ниже мы постараемся рассмотреть наиболее характерные поведенческие проблемы, их возможные причины, формы и наиболее адекватные способы обращения с ними.

1. Проблема формирования привязанности как основная проблема раннего возраста.

Эта проблема может проявляться либо в сверхпривязанности как на физическом, так и на эмоциональном уровне либо в несформированности привязанности, ее отсутствии.

А. Проблема выраженной сверхпривязанности обычно возникает с детьми, развитие которых ближе ко второму или четвертому вариантам аутистического развития. В первом случае, как мы уже говорили выше, ребенок не в состоянии перенести даже непродолжительную разлуку с матерью, которая является для него непременным условием существования. Эта симбиотическая связь складывается в младенческом возрасте и, в отличие от благополучного аффективного развития, не превращается в скором времени в формирование

эмоциональной привязанности, а фиксируется в своем неизменном виде на многие годы. Во втором случае она выражена не так жестко и скорее напоминает обостренный и затянувшийся тип привязанности, характерный для ребенка второго полугодия жизни. Здесь уже наблюдается не только физическая зависимость от мамы (хотя присутствует и она), но и эмоциональная, когда ребенок постоянно нуждается в ее поддержке, одобрении, побуждении на какую-либо активность.

Характерно, что когда сверхпривязанность носит витальный характер, она более покорно принимается мамой и хотя, конечно, очень тревожит ее, редко заставляет принимать самостоятельно какие-то радикальные попытки ее преодоления, несмотря на то, что ребенок становится старше. Вместе с тем, эта ситуация становится реально мучительной для нее, возникает чувство обреченности: ребенок может не отпускать ее ни на минуту, запрещать ей уделить свое внимание еще кому-либо: не дает разговаривать с близкими, соседями, общаться с подругами, подходить к телефону. Это может естественно, даже при огромном терпении, выливаться в моменты раздражения, расстройства, что усиливает, в свою очередь, беспокойство и тревогу ребенка, закрепляет еще больше его потребность быть с ней рядом, и, конечно, только усложняет атмосферу в семье.

Во втором случае, часто выглядящем как чрезмерная робость, боязливость ребенка, близкие пытаются найти возможность, желая уберечь его от будущей нерешительности и несамостоятельности, тренировать малыша на ее постепенное ослабление, например, отправить ребенка на время погостить к бабушке или устроить его в детское учреждение. Если там условия достаточно комфортные для него (прежде всего, мягкая, терпеливая воспитательница;

дозированность пребывания), он может прижиться, хотя часто наблюдаемая у таких детей соматическая ослабленность часто мешает там долго удержаться. Если период попыток адаптации к новому месту в отсутствии близкого вызывает стресс, то возможен временный регресс психического развития, который, в частности проявляется и в изменении характера привязанности, большем приближении ее к первому варианту. Крайне тяжело переживается такими детьми госпитализация без мамы, последствием которой могут быть усиление страхов, потеря речи, углубление аутизма и даже отсутствие длительное время живой реакции на родных.

Проблема заключается в том, что ребенок не должен перескакивать в своем развитии такой необходимый этап эмоционального созревания как формирование привязанности. Даже в случае, когда этот период затягивается и приобретает такие болезненные формы, торопиться нельзя. Следует помнить о том, что и при нормальном развитии, ребенок может “оторваться” от матери лишь при условии разработки индивидуальных механизмов адаптации к менее стабильным условиям жизни. Эти механизмы вызревают внутри его эмоционального взаимодействия с ней после и на фоне достаточно интенсивной проработки складывающихся аффективных стереотипов их совместной жизни. Аутичному ребенку для этого нужно много времени. Поэтому попытки категоричного прерывания сверхпривязанности не могут являться действенным приемом ее ослабления. Этому может помочь лишь терпеливое и постепенное эмоциональное детализирование близким взрослым имеющихся общих с малышом бытовых занятий, игр, способов контакта. Ребенок должен накопить достаточный положительный опыт соучастия в этих взаимодействиях. Для этого необходимы постоянные эмоциональные комментарии мамы,

обозначающие их, и постепенное выделение в них собственных переживаний ребенка, его роли в общих делах, подчеркивание его достижений и проявлений самостоятельности. Так, маме, вместо того, чтобы сражаться с ребенком, пытаясь оставить его на непродолжительное время в комнате, пока она сделает необходимые дела на кухне, следует увлечь его за собой, объясняя смысл происходящего:” Пойдем, посмотрим, не кипит ли чайник, и суп нам надо помешать..... А потом я буду хлеб резать, а ты всем ложечки разложишь...”

В одиночку матери очень трудно пережить и “перерасти” вместе с ребенком мучающее их обоих состояние сверхпривязанности. Для этого необходимо, конечно, понимание того, что происходит, близкими, их поддержка, а не порицание маминых “ошибок воспитания”. Кроме этого, нужна и реальная физическая помощь в организации более разнообразных форм общения и развития взаимодействия с парой мать-ребенок (например, дать возможность маме регулярно рассказывать папе в присутствии ребенка, что они делали сегодня, чем порадовал ее малыш, как они ждали папу, что ему приготовили и т.д.).

Б. Противоположная проблема - отсутствие привязанности или ее не выраженность.

Известно, что в других случаях ребенок не демонстрирует признаков привязанности. Он может оставаться индифферентным, когда мама уходит из комнаты, может уйти сам далеко от близкого, ползть на руки к незнакомому человеку. Карабкаясь по маме, как по неодушевленному предмету, он не заглядывает в ее лицо, не пытается ее обнять, а приваливается спиной (так же, как и ко всем остальным).

Для того, чтобы привязанность появилась, как мы знаем по раннему нормальному развитию, должны быть ее предшественники - прежде всего, сосредоточение на лице матери, на ее голосе, ее узнавание, выделение среди других, требование ее присутствия, предпочтение ее рук.

На наиболее быстрое включение по отношению к важнейшим этологическим сигналам, запускающих поведение, направленное на общение с близкими, ориентирован метод холдинг-терапии (М.М.Либлинг, 1995, 1997). Процедура этого проводимого ежедневно метода коррекции заключается в том, что мать ребенка берет его на руки, повернув к себе лицом, обнимает и удерживает, несмотря на его возможные отчаянные попытки вырваться. Вместе с сидящим рядом отцом, который поддерживает маму, а при необходимости и сам держит ребенка, они заверяют его, что ситуация не опасна: они его любят, хотят быть с ним подольше вместе, просят не уходить от них и взглянуть им в глаза. Эта длительная, на первых порах тяжелая и часто драматически протекающая процедура позволяет и ребенку и его родителям, прежде всего пережить, часто первый раз в жизни, то ощущение близости, которое возникает между матерью и младенцем в минуты общения и основывается на обилии тактильного контакта, остром прямом взгляде и общем расслаблении. Обязательным условием держания ребенка на руках является комментирование родителями всех тех эмоциональных состояний, которые они при этом испытывают сами, которые переживает ребенок, объяснение, почему они не хотят его отпустить (“мы очень по тебе соскучились”, “нам так с тобой хорошо”). В дальнейшем при правильном течении холдинга (что может быть обеспечено в большей степени при обязательном курировании его специалистом, знающим и практикующим этот метод), эти комментарии

превращаются в рассказы о самом ребенке, а превалирующие в начале холдинга сопротивление ребенка и попытки вырваться уступают место играм, занятиям с ним.

И сам ребенок с аутизмом, и его родители восполняют таким образом дефицит ранних форм общения и “узнавания” друг друга, приобретают действенный способ экстренной помощи ребенку в случае тяжелого дискомфорта, страха, перевозбуждения, приручают ребенка к рукам, отчего он испытывает явное удовольствие, провоцируют усиление вокализаций ребенка и появление слов в экстремальной для него ситуации с последующим их закреплением. Появляется привязанность к близкому, стремление исследовать его лицо, способность эмоционально заражаться от него, понимать его эмоции и доходчиво выражать свои.

Понятно, что чем раньше проводится эта процедура, тем она естественнее и для малыша, и для его близких. Годовалому младенцу, безусловно, не потребуются полная процедура холдинга с его драматичной, длительной и ожесточенной борьбой, которая бывает у детей более старшего возраста с развернутой формой аутистического синдрома. Однако для формирования контакта с малышом, отношений привязанности с ним, усложнения форм взаимодействия можно опираться на наиболее *важные элементы холдинга: обязательное тактильное подкрепление и крепкое объятие* ребенка, как можно более частое использование *прямого зрительного контакта* и, конечно, *мощную эмоциональную и речевую стимуляцию “заводящих” друг друга родителей.*

Надо отметить, что процедура холдинга может играть положительную роль и при преодолении симбиотической привязанности ребенка, о которой

речь шла выше. С одной стороны, она предполагает активное включение в общение другого, кроме мамы, лица. С другой стороны, она ускоряет процесс перехода чисто физической связи малыша с матерью в эмоциональную.

Вместе с тем, следует помнить, что холдинг-терапия - очень сложная, несмотря на свою кажущуюся простоту, процедура, имеющая достаточно много противопоказаний. Поэтому для формирования привязанности малыша к себе, мама может использовать и более длительный, но не менее надежный прием установления и постепенного развития с ним эмоционального контакта, заинтересовывать его собой, искать дополнительную стимуляцию для привлечения его внимания к своему лицу, голосу, прикосновению и обязательно сочетать ее с эмоциональным комментарием, включаясь с малышом в поток переживаний, и пытаться создавать устойчивый совместный жизненный стереотип.

2. Страхи.

Возникновение первых конкретных страхов и состояний тревоги и в норме связано с ранним возрастом. На первом году жизни наиболее характерны страхи громкого звука, резкого приближения объекта к лицу, неожиданного изменения положения тела, “чужого лица”. Наибольшее их количество проявляется на втором - третьем году жизни и это является закономерным явлением в ходе благополучно протекающего аффективного развития.

Отличие страхов при эмоциональных нарушениях заключается не столько в их содержании (хотя традиционно в клинических исследованиях говорится об их часто неадекватном характере), сколько в их интенсивности и прочной фиксации. Однажды возникнув, каждый страх живет и остается актуальным для ребенка на протяжении многих лет. Страхи, которые иногда

производят впечатление нелепых, беспричинных (например, собственной босой ножки, высунувшейся из-под одеяла, или зонтика, или капли воды на подбородке, или дырки на колготках и др.) , становятся более понятными, если вспомнить, насколько аутичный ребенок может быть чувствителен к нарушению завершенной формы, насколько он может быть сензитивен к различным сенсорным ощущениям.

Причина страха действительно не всегда ясна; когда ребенок начинает говорить о том, что его пугает - это уже большой шаг вперед на пути освоения и начала преодоления опасной, травмирующей ситуации. Чаще, особенно когда ребенок маленький, только по его поведению - особой напряженности, крику, искаженному страхом лицу, замиранию или внезапному “отшатыванию”, закрыванию глаз и ушей ручками - можно понять, что что-то здесь его испугало или вызывает очень большой дискомфорт. Может проявляться и тенденция, особенно характерная для детей более старшего возраста - когда ребенок тянется к пугающему его объекту, который превращается в предмет его особого интереса (например, урчащие трубы в ванной или батареи, подвальные окна, в которые он стремится заглянуть и т.д.).

Мы уже говорили, что появление страха не всегда является показателем ухудшения состояния ребенка, в ряде случаев это может свидетельствовать, напротив, о положительной динамике его психического развития: о появлении более адекватного восприятия окружающего, о большей включенности в него, о возникновении чувства самосохранения. Если же усиление страхов сопровождается рядом каких-то витальных расстройств - нарушением сна, усилением избирательности в еде, потерей имевшихся навыков - это,

безусловно, является тревожным знаком в плане его большего аффективного неблагополучия, обострения его состояния.

Многочисленные страхи и тревожность ребенка с эмоциональными нарушениями, конечно, очень осложняют его жизнь и жизнь всей его семьи. Возникая в обычных бытовых ситуациях, они превращают в пытку многие режимные моменты, необходимые процедуры ухода за малышом. Таковы уже упомянутые выше страхи горшка, умывания, стрижки ногтей и волос, одевания (связанные, например, с всовыванием головы в горловину свитера или натягивание шапки), страх отпустить от себя маму, нарастание тревожности при изменении каких-то деталей привычной жизни. Из-за возникших и моментально закрепившихся страхов часто становится невозможно выйти на улицу, так как нужно выйти в подъезд, где ребенок чего-то пугается (например, батареи или лифта), можно встретить собак или голубей, которых он панически боится; зайти в магазин в связи с тем, что он не переносит скопления народа; проехать в метро, где страх вызывает грохочущий и неожиданно выскакивающий из тоннеля поезд и эскалатор; пригласить гостей в дом или самим выбраться в гости, так как пугают незнакомые люди и чужое место; переехать летом на дачу, потому что прочно фиксировался страх летающих насекомых; вызвать врача и многое - многое другое.

С этими страхами живет вся семья. Хорошо зная и чувствуя своего ребенка, близкие стараются по возможности оградить его от заведомо пугающих ситуаций, однако, понятно, что ото всего не убережешь. Тем более, когда страх может вызвать просто все новое, непривычное, нестабильное. Часто мама, зная, что ребенок должен испугаться, пытается заранее убедить его: “Не бойся”, или сама напрягается в ожидании неизбежной тяжелой реакции

малыша, когда они подходят к “опасному” месту или объекту. Это напряжение, неуверенность близкого моментально передаются ребенку и подкрепляют его страх или тревогу.

Папы иногда занимают более “мужественную” позицию и пытаются преодолеть страхи достаточно радикальными методами, часто вспоминая опыт своего детства. Например, затащить малыша на горку при том, что он боится высоты, оставить его засыпать в темноте, насильно усадить на горшок, включить в присутствии ребенка пылесос. Конечно, на определенном этапе эмоционального развития такая “тренировка” нужна, но малыш должен быть к ней готов. При нормальном развитии вызревание внутри совместных с ребенком игр механизма освоения нестабильных, незнакомых ситуаций, преодоления опасности идет достаточно долго. Это становится возможным лишь с опорой на достаточно разработанный уютный и надежный жизненный стереотип в целом.

У аутичного ребенка такой опоры нет, ее и нужно строить близкому взрослому в первую очередь, а не начинать “бороться” с каким-то конкретным страхом. Надо сказать, что даже при наблюдаемых спонтанных попытках ребенка овладеть опасной ситуацией, когда он называет пугающий его объект или тянет на него посмотреть (особенно это характерно для третьего варианта аутистического развития), справиться со своим страхом он еще не может. Это превращается в преобладающую в поведении форму аутостимуляции, выглядит часто как особое влечение ребенка.

Обязательным условием смягчения уже имеющихся страхов и профилактики возникновения новых является создание и поддержка щадящего сенсорного режима жизни малыша, поднятие его эмоционального тонуса, по

возможности избегание ситуаций (кроме жизненно необходимых), провоцирующих его “острые” страхи и тревожность. Вместе с тем помочь ему пережить неизбежные изменения уже устоявшегося жизненного стереотипа можно лишь их постепенным включением в общий поток проработанных и проговоренных с ребенком положительных деталей его аффективного опыта. Действенным способом такой проработки является сочинение взрослым подробных историй про малыша него и их рисование.

3. Агрессия.

Агрессия представляет собой одну из наиболее частых ранних проблем поведения, возникающих у ребенка с нарушениями эмоционального развития.

Причины агрессивных проявлений и формы их выражения разнообразны. Для раннего возраста особенно характерна генерализованная агрессия, возникающая на фоне возбуждения ребенка и провоцируемая слишком сильным эмоциональными переживаниями (в том числе и положительными). Эта тенденция может наблюдаться и при вполне благополучном аффективном развитии, когда, например, расшалившийся малыш начинает все раскидывать, разбрасывать, растаптывать или неожиданно может подбежать и стукнуть или укусить маму или, чрезмерно возбудившись от шумной возни с другими детьми, ударить находящегося рядом ребенка или бросить в него чем-нибудь. В случае трудностей аффективного развития, когда имеет место особая легкость пресыщения, а следовательно и быстрота перерастания исходно положительного впечатления в отрицательное, данная тенденция выражена особенно сильно.

Другая частая причина агрессии - протестная реакция. Так же как уход и экранирование заглушающей неприятные воздействия извне аутостимуляцией,

она выполняет в этом случае функцию защиты. Аутичный ребенок протестует, прежде всего, против превышения доступного ему уровня взаимодействия с окружающими и нарушения стереотипных условий его существования. При этом агрессивные действия ребенка могут быть направлены как на близкого человека, так и на самого себя (он может биться головой, стучать себя по голове, кусать руку). Характерно, что при симбиотической привязанности малыша к матери физическая агрессия по отношению к ней чаще возникает, когда для ребенка возникает угроза потери стабильности и надежности привязанности (например, когда она очень расстроена, плачет или раздражена).

И в случае моментально наступающего пресыщения малыша в принципе приятным, но слишком сильным для него впечатлением, и в случае непереносимости дискомфортного переживания очень важна профилактика возникновения частных агрессивных срывов. Для этого следует учитывать степень выносливости ребенка, соблюдать дозированность взаимодействия с ним, не пытаться резко менять освоенный им стереотип этого взаимодействия.

Агрессия может проявляться и как влечение: стремление схватить за волосы, вдавиться подбородком в плечо взрослого. Справиться с влечением очень трудно. Попытки переключить ребенка на какое-то другое впечатление, запретить ему подобные действия путем окрика, наказания не только малоэффективны, но и приводят обычно в последнем случае к их усилению либо возникновению самоагрессии. Вместе с тем игнорировать такое поведение тоже невозможно. Достаточно действенным приемом является крепкое объятие малыша в ответ на его импульсивные агрессивные действия, прижатие его к себе, обилие тактильного контакта.

Однако, как мы уже говорили, агрессивные тенденции могут быть не только негативным проявлением, отражением дискомфорта, страха, чрезмерного возбуждения малыша, но и показателем положительной динамики его аффективного развития, повышения его психического тонуса. Например, увеличение речевой и двигательной активности ребенка, зарождение самостоятельных попыток контакта с окружающими могут сопровождаться появлением или временным усилением генерализованной агрессии.

4. Негативизм.

При благополучном аффективном развитии ребенок, как известно, переживает этап особого расцвета негативизма в период вхождения его в “кризис трех лет”, содержание которого - отстаивание собственного “Я”. Наблюдаемые у аутичного ребенка аналогичного возраста проявления негативизма качественно отличаются. Чаще всего они отражают не его протест против подавления своей самостоятельности (это возникает в связи с выраженной задержкой и трудностями формирования представлений о себе самом значительно позже), а все то же постоянное стремление сохранить неизменность окружающего и своих ограниченных форм взаимодействия с ним.

Отказ малыша от выполнения каких-то бытовых требований близких, естественно возникающих при попытке формирования его основных навыков (самостоятельной еды, одевания, приучения к туалету и т.д.), связан, как уже было сказано выше, не только с его реальными трудностями произвольного сосредоточения и подражания, но и с часто возникающим сильнейшим дискомфортом, страхом, который он переживает в этих ситуациях. Поэтому взрослый должен быть особенно терпеливым и осторожным в поиске

подходящего момента для обучения ребенка, в оказании ему помощи, в “заражении” его своей уверенностью, что он справится с ситуацией.

Часто причиной возникновения негативизма является особая зависимость малыша от непосредственных влияний окружающего сенсорного поля: ему трудно оторваться от какого-то захватывающего впечатления, оборвать незавершенное действие и т.п. Возникающие в подобных ситуациях проблемы характерны для нормально развивающегося ребенка в возрасте одного года. Конечно, в случае рассматриваемых трудностей развития они выражены сильнее, но справляться с ними можно тем же путем: продуманной организацией окружающего, созданием и поддержанием специального аффективного режима воспитания, о которых речь шла выше.

Метод холдинг терапии в работе с аутичными детьми

При появлении признаков аффективного неблагополучия в раннем возрасте, признаков нарушения аффективного контакта, важно, как уже говорилось в предыдущем разделе, сосредоточить усилия родителей на создании для ребенка специальной лечебной среды, организации эмоционально стимулирующего режима. Однако при выраженных аутистических тенденциях в поведении маленького ребенка можно предложить семье использовать метод холдинг терапии. Он основан на естественном желании матери обнять ребенка и удержать его при себе, когда его поведение или самочувствие вызывает тревогу.

Данный метод был особенно популярен на Западе в конце 80-х – начале 90-х годов, сейчас он также широко используется в коррекции различных аффективных нарушений у детей. При этом мы находим все меньше свидетельств его использования в коррекции раннего детского аутизма, хотя метод все шире применяется для налаживания взаимодействия в семьях, имеющих здоровых детей, эмоциональные проблемы которых не выходят, как принято говорить, «за рамки нормы». Такая тенденция вполне объяснима, так как наш собственный опыт подтверждает, что сама по себе холдинг терапия не является панацеей, «излечивающей» аутизм. Она имеет смысл лишь в том случае, когда встроена в целостную систему эмоциональной коррекции аутичного ребенка. Более того, мы пришли к необходимости модифицировать метод для коррекции тяжелых аутистических расстройств.

В настоящем разделе мы опишем историю открытия метода, его процедуру, показания и противопоказания для его применения. Мы расскажем также о нашем собственном опыте работы с 19 семьями, имеющими аутичных

детей, опишем ту модификацию холдинг терапии, которая была разработана нами для более длительной коррекционной работы по формированию эмоциональной сферы детей с аутистическими тенденциями развития.

Возраст детей, в семьях которых проводилась холдинг терапия, варьировался от 2 до 7 лет, только в трех случаях мы работали с детьми 2,5 - 3,5 лет. Однако нам представляется важным описать наш опыт работы в целом, с детьми разных возрастов, чтобы подчеркнуть наибольшую эффективность данного метода именно в работе с детьми раннего возраста. Мы убедились в том, что, чем младше ребенок, тем более высокий результат может быть получен с помощью данного метода.

Открытие метода, описание процедуры холдинга; М. Welch о показаниях к применению холдинг терапии

Холдинг терапия, как метод коррекции эмоциональных расстройств у детей, разработан в США доктором М. Welch (1983, 1988). Само открытие метода было связано с попыткой М. Welch найти выход в ситуации, когда ни медикаментозное лечение, ни традиционные педагогические приемы не приводили к положительному сдвигу в состоянии глубоко аутичного ребенка. Наблюдая, как бабушка ребенка успокаивает его мать, заключив ее в свои объятия, доктор Welch решила предложить матери испробовать то же средство, чтобы активировать ребенка и попытаться установить с ним контакт. Результат первого «холдинга» (от английского «hold» – держать) подтвердил ожидания врача и матери ребенка; «удержания» стали ежедневной процедурой в семье пациента доктора Welch, в состоянии которого наблюдалась отчетливая

положительная динамика. С этого времени д-р Welch ввела в свой лечебный арсенал холдинг как способ коррекционной работы с детьми, страдающими ранним детским аутизмом. Позже она распространила метод на детей, страдающих различными эмоциональными расстройствами.

Классическая процедура холдинга, по описанию М. Welch, состоит в том, что мать привлекает к себе ребенка, обнимает его и крепко держит (лицом к лицу). Аутичный ребенок чаще всего оказывает сопротивление, может драться, кусаться, плевать. Мать должна не сдаваться, держать ребенка и пытаться установить контакт глазами. Интересно, что дети, как правило, не превышают силу матери, а если вдруг это происходит, и ребенок вырвался из материнских объятий, то он может не убежать, а стоять и ждать продолжения «сражения». Матери надо держаться до тех пор, пока ребенок не расслабится, не прижмется к ней, не посмотрит ей в глаза. Первый холдинг может быть как коротким, так и очень продолжительным (по нашему опыту, от 40 минут до 4 часов), причем ребенок не сопротивляется непрерывно, а делает передышки, во время которых копит силы, чтобы продолжить борьбу. Важно достигнуть такого состояния, когда ребенок больше не хочет сопротивляться, и начинает спокойно контактировать с матерью, другими взрослыми: появляется прямой взгляд в глаза, а порой ребенок рассматривает лицо матери так, словно видит его впервые, ощупывает его, гладит мать по волосам. Для нее такое поведение ребенка часто оказывается неожиданным; многие мамы признаются в том, что эти минуты эмоционального взаимодействия, открытого контакта с ребенком – самые первые в их жизни.

После сеанса холдинга ребенок становится спокойным, расслабленным, может даже заснуть на руках у матери (что считается одним из благоприятных исходов холдинга), а может остаться и достаточно активным.

Автор метода выделяет в каждом сеансе холдинга 3 стадии: конфронтацию, отвержение (или сопротивление) и разрешение. «Первая стадия холдинга – это конфронтация. Обычно ребенок противится началу холдинга, хотя весь день ждет его. Он (или она) может находить любые поводы, лишь бы уклониться от начала процедуры. Когда так или иначе матери удается настоять на своем, т.е. усадить ребенка к себе на колени и заключить его в объятия, после конфронтационной наступает фаза активного отвержения. Ее наступление не должно пугать мать и находящегося рядом отца, который может обнимать их двоих. Само наступление стадии отвержения как раз говорит о том, что холдинг проходит нормально. В эти минуты нельзя ни в коем случае поддаваться жалобам и плачу ребенка или пугаться и отступать под его физическим натиском. Ребенок может рваться из объятий, кусаться, царапаться, плевать, кричать и обзывать мать разными обидными словами. Правильная реакция матери состоит в том, чтобы, глядя ребенка, успокаивать его, говорить ему, как она его любит и как переживает, что он страдает, но что она ни за что не отпустит его именно потому, что любит. После различной по продолжительности второй стадии неизбежно наступает стадия разрешения. На этой стадии ребенок перестает сопротивляться, устанавливает контакт глазами, он расслабляется, у него появляется улыбка, ему становится легко проявить нежность: мать и ребенок получают возможность говорить на самые интимные темы и переживать чувство любви» (из книги M. Welch “Holding Time”, 1988).

Доктор Welch рекомендует проводить холдинг ежедневно 1 раз, а также во всех ситуациях, когда ребенку плохо (либо он прямо выказывает это, либо плохо себя ведет). Желательно подключить к процедуре всех членов семьи. При этом мать прижимает к себе ребенка, а отец (бабушка, дедушка) поддерживают мать. Отец может также держать на руках других детей (братьев, сестер), в то время как мать держит на руках аутичного ребенка.

М. Welch считает, что проводить холдинг терапию можно с детьми любого возраста и не только в семьях аутичных детей, но и в обычных семьях, где нарушено эмоциональное взаимодействие родителей и ребенка.

Достаточными причинами для холдинга являются:

- желание родителей побыть подольше вне дома;
- потеря терпения в общении с ребенком;
- ощущение у матери, что она очень много отдает ребенку, но ничего не получает в ответ;
- вражда и драки братьев и сестер;
- ребенок не допускает никаких проявлений физической близости с матерью.

Стоит отметить те признаки аффективного неблагополучия младенцев, на которые М. Welch рекомендует обратить особое внимание. Эти симптомы, встречающиеся, как нам известно, у многих аутичных детей в раннем возрасте, являются прямой рекомендацией к применению холдинга:

- ребенок не льнет к телу матери, когда его держат на руках;
- очень скоро хочет слезть с рук;
- избегает контакта глазами;
- малыш необычно спокоен, когда его оставляют одного в коляске;

- склонность к ритуалам;
- сильные реакции на небольшие изменения;
- замедленное развитие речи или отсутствие таковой;
- отсутствие отклика на попытки успокоить;
- слишком много плача или суетливости в поведении ребенка;
- скрежетание зубами;
- нарушения сна;
- нарушения аппетита;
- деструктивное поведение.

Доктор Welch подчеркивает, что сам психотерапевт ни в коем случае не должен делать холдинг. Он должен содействовать укреплению связи ребенка с матерью и другими членами семьи.

Роль психотерапевта во время холдинг терапии состоит также в том, чтобы:

- 1) вдохновлять, заставлять, принуждать мать держать ребенка;
- 2) наблюдать, фиксировать свои наблюдения и передавать матери сигналы от ребенка, которые она не понимает или не замечает;
- 3) анализировать семейные конфликты, которые нередко выливаются наружу в ситуации холдинга;
- 4) сдерживать гнев и отчаяние матери и поддерживать ее во время терапии;
- 5) организовать помощь отца и других членов семьи.

Доктор Welch подчеркивает, что результат холдинг терапии бывает более эффективным, прогресс в психическом состоянии ребенка более заметным, когда к холдинг терапии подключается отец (и другие члены семьи),

и наоборот, в одиночку матери значительно сложнее выдержать огромную физическую и эмоциональную нагрузку, которой требует холдинг.

Очень существенно также и предостережение M. Welch о том, что нельзя прерывать как холдинг терапию в целом (она должна проводиться ежедневно), так и сам сеанс холдинга. Более того, если мать прервет холдинг, то результат может быть обратным: ребенок получит неоправданный психотравмирующий опыт, который может повредить его развитию.

Холдинг терапии посвящены книга д-р Welch “Holding Time” (1988) и ее более ранние статьи (1983). В статье 1983 г. приводятся анамнестические и катамнестические данные по аутичным детям, в семьях которых на протяжении от года и более проводилась холдинг терапия. Доктор Welch утверждает, что во всех случаях, когда проводилась холдинг терапия, она дала положительные результаты (за исключением тех случаев, когда родители прерывали терапию, отказывались от нее). По приведенному описанию холдинг терапия содействовала прорыву аутизма, снижению тревоги, помогала купировать страхи, преодолеть агрессию. Улучшая эмоциональное состояние ребенка, холдинг терапия давала толчок его дальнейшему развитию.

В настоящее время в Нью-Йорке существует Материнский Центр (под руководством M. Welch) по распространению опыта холдинг терапии, в который обращаются семьи с детьми, имеющими самые разнообразные отклонения в развитии. Холдинг терапия получила распространение в связи с возможностями коррекции с ее помощью широкого спектра эмоциональных расстройств. Доктор Welch посвятила главы своей книги “Holding time” (1988) описанию применения холдинг терапии в случаях, когда в семье возникает ревность между детьми, когда из семьи уходит отец, когда мать страдает депрессией или

просто проводит слишком много времени на работе, испытывая чувство вины перед ребенком. Есть также разделы, посвященные преодолению детской агрессии и смягчению проблем подросткового кризиса. Однако несмотря на то, что холдинг терапия была изобретена ее автором во время работы с семьей аутичного ребенка, в книге нет раздела, посвященного коррекции детского аутизма. Результаты применения холдинг терапии с аутичными детьми мы находим у М. Welch только в упомянутой нами публикации 1983 года.

Различные авторы о результатах применения холдинг терапии.

Холдинг терапия применяется также в Англии (Ph. Elmhirst, 1986) и Германии, где ее популяризировала д-р I.Прекопп (1983). Она пыталась организовать холдинг терапию с 37 семьями, имеющими аутичных детей. 8 семей отказались, так как мамы считали, что их ребенок слишком сильный, и удержать его будет невозможно, либо по каким-то другим причинам не хотели или не могли проводить холдинг терапию. Остальные случаи I.Прекопп разделила следующим образом:

- 19 детей с синдромом Каннера;
- 6 детей с аутистической психопатией (синдром Аспергера);
- у 4 детей аутизм сочетался с органическим поражением мозга.

6 детей из 25 не выносили телесного контакта, мамы 12 детей говорили, что их дети успокаиваются быстрее, если их оставить в покое. Доктор Прекопп обратила внимание на то, что, рассказывая историю развития своего ребенка, ни одна мама не упоминала о том, насколько ребенок был требователен в

отношении материнской заботы и внимания. Каждый раз об этом приходилось спрашивать дополнительно.

Холдинг проводился 1-2 раза в день в течение примерно 1 часа. В результате уже через 6 месяцев все дети, независимо от возраста, стали более спокойными, жизнерадостными, способными на контакт с матерью. Ни у одного ребенка не возросло тревожное поведение, напротив, эти тенденции существенно сгладились. Все матери были рады тем изменениям, которые произошли с детьми, признавая, что холдинг дал стимул эмоциональному росту их детей. Никто из них не выразил желания прекратить холдинг в будущем.

У 5 детей повысился интерес к тому, что происходит в окружающей среде, у 3 детей с эхолоалиями появилась фразовая речь, они начали отвечать на вопросы, один ребенок во время холдинга впервые начал использовать в речи первое лицо, другой, с исходно выраженной мышечной гипотонией стал энергичнее, начал активно двигаться. Дети с синдромом Аспергера начали распространять свои интересы на человеческие отношения, их контакты с людьми стали более гибкими. У детей с синдромом Каннера доктор Ррекорр наблюдала большее разнообразие в обращении с объектами, использовании игрушек.

Однако, наш собственный опыт холдинг терапии показал, что при более длительном применении она нуждается в модификации, включении холдинга в целостную систему коррекционной работы, направленной, прежде всего, на эмоциональное развитие аутичного ребенка. Подтверждает такую точку зрения опыт итальянского врача M.Zappella (1983, 1987). Она пишет о том, что первоначально не считала роль семьи в коррекционной работе с аутичными детьми ведущей; с каждым ребенком занимались в основном специалисты.

Продолжительная работа (на протяжении 8 лет) показала, что только те дети, которые имели эмоциональную поддержку в семье, обнаружили прогресс в своем развитии. Остальным не удавалось сохранить приобретенные навыки после того, как заканчивался курс коррекционной работы. Был сделан вывод о необходимости активного включения семьи в работу с ребенком. M.Zappella пробует помочь семье в установлении домашнего распорядка, распределения семейных обязанностей с тем, чтобы один из членов семьи больше мог заниматься с ребенком, а другие брали на себя его часть работы по дому. Также оба родителя общались с ребенком с помощью кукол, которых делали вместе, устраивали дома кукольные представления.

Подчеркивается важность постоянного контакта семьи с психологом, в задачи которого входит гармонизация отношений в семье аутичного ребенка.

Нам также известно, что в настоящее время холдинг терапия успешно применяется в Финляндии и Японии.

Опыт адаптации холдинг терапии в системе эмоциональной коррекции раннего детского аутизма.

Перейдем к описанию результатов холдинг терапии в процессе психокоррекционной работы с 19 семьями, воспитывающими детей с аутизмом. Это семьи, которые на протяжении всего времени холдинг терапии были под нашим наблюдением. Большинство из них проводило терапию под руководством психолога (17 семей): специалист обязательно присутствовал на первом холдинге, затем, в течение следующих 10 дней семья встречалась с психологом 3-4 раза, и, постепенно, присутствие специалиста на холдинге было

доведено до одного раза в неделю. 2 семьи занимались самостоятельно, но с ними поддерживалась связь, и мы были в курсе того, как развиваются события.

Возраст детей: от 2 до 7 лет, 17 мальчиков и 2 девочки.

В 6 семьях холдинг-терапия осуществлялась на протяжении 3 и более лет, 5 семей занимались на протяжении примерно одного года, 6 семей прекратили занятия через 1-2 месяца и в 2 случаях отказ от холдинг терапии последовал через 2 недели занятий. В дальнейшем мы будем анализировать причины, которые приводили к отказу от холдинг терапии.

Исходное состояние детей, взятых на холдинг-терапию.

Все дети, проходившие холдинг-терапию, имели клинический диагноз «ранний детский аутизм».

Противопоказаниями для рекомендации семье холдинг терапии служили хронические соматические заболевания детей или родителей, судорожные приступы в анамнезе ребенка, тяжелые органические поражения нервной системы, внутренних органов (например, при туберозном склерозе и др.).

Почти все дети (17 чел.) избегали контактов с окружающими людьми, демонстрировали полевое поведение, не проявляли интереса к игрушкам, попытки произвольной организации их внимания оставались безуспешными. Эти дети были стереотипны в поведении, не переносили смены привычного окружения, отличались жесткой избирательностью в еде. У 4 из них наблюдались ожесточенные моторные стереотипии, у 12 – стереотипные вокализации, скрип зубами, игра языком.

У 10 детей были проявления самоагрессии, у 3 – импульсивные проявления агрессии по отношению к близким людям (как правило, в ситуации нарушения привычного стереотипа, вторжения в него). У 1 ребенка наблюдалась физическая и вербальная агрессия по отношению к близким взрослым людям и к детям. У 10 детей в поведении были выраженные элементы влечений: обнюхивание, облизывание предметов, желание тянуть за волосы, пристрастие к меху, мягким игрушкам.

Отмечалось отсутствие основных навыков самообслуживания: так, у троих детей не были сформированы навыки опрятности, 17 не одевались самостоятельно.

У 9-ти детей отмечалась непереносимость скопления людей, с ними невозможно было зайти в магазин, ездить в общественном транспорте.

Речь у большинства детей либо отсутствовала (10 чел.), либо наблюдался ее регресс (2 чел.), либо грубое недоразвитие (6 чел.). Потенциальная сохранность речевой функции детей, у которых речь отсутствовала (10 чел.), подтверждалась редкими аффективными высказываниями или словами, которые ребенок мог однократно произнести в аффективно насыщенной ситуации, но больше не повторял никогда.

Родители, вовлеченные в холдинг терапию

Специальный отбор семей для холдинг терапии не производился, помимо того, что мы старались не привлекать к холдинг терапии родителей, страдающих тяжелыми соматическими (острыми или хроническими) заболеваниями. Мы рассказывали родителям о данном методе и предлагали

освоить его под наблюдением и с помощью психолога. Мы никогда не уговаривали тех родителей, которые сомневались в эффективности метода, в том, что он поможет их ребенку, или высказывали опасения, что холдинг может нанести ему вред. На терапию попадали только те семьи, которые активно хотели попробовать холдинг, считали, что необходимо использовать еще один шанс помочь своему ребенку, «подтолкнуть» его развитие.

Как мы сейчас понимаем, в этих семьях оба родителя или хотя бы один из них - это энергичные, предприимчивые люди. При этом большинство из них утверждало, что не понимают, что нужно делать, чтобы помочь ребенку, как надо с ним взаимодействовать. Практически все родители (кроме 2 семей) считали, что не владеют состоянием своего ребенка, не справляются с его воспитанием. У всех мам, даже у самых энергичных, налицо были проявления депрессии: постоянно сниженный фон настроения, ощущение «подавленности», пессимистический взгляд на будущее своего ребенка, своей семьи. Почти все мамы (за исключением 4), не работали, так как их дети не могли посещать детский сад и никто из родственников не соглашался оставаться с таким ребенком дома и ухаживать за ним в отсутствии мамы. Отцы, как правило (за исключением 3 случаев), были настроены более оптимистично, чем мамы. Все они работали и часто были вынуждены «подгонять» свой рабочий график так, чтобы успевать к занятиям холдинг терапией.

Особенности первых сеансов холдинг терапии. Модификация традиционного холдинга

Первые сеансы холдинг терапии соответствовали этапу, обозначенному M.Welch как «конфронтация, сопротивление, разрешение», но все же с некоторыми отличиями в разных семьях. Так, например, время сопротивления очень варьировало (от 40 минут до 4 часов), что зависело не только от глубины аутизма ребенка, но и в большой степени от возраста ребенка. Маленькие дети (2,5 – 4 – летнего возраста) сопротивлялись недолго, часто засыпая в конце первого сеанса на руках у мамы.

Длительность сопротивления зависела и от того, насколько умело родители справлялись с проявлениями страха и агрессии у ребенка, и насколько уверенно они себя при этом чувствовали. Чаще всего (в 9 случаях) сопротивление ребенка длилось 1,5-2 часа. Однако и в этот период оно не было непрерывным. Периоды активного сопротивления перемежались моментами расслабления, когда ребенок как бы «отдыхал от борьбы» и внимательно слушал то, что ему говорили родители. По нашим наблюдениям, сопротивление иссякало быстрее, когда в такие моменты родители старались не просто развлекать или успокаивать ребенка, а говорили о том, какой он любимый, умный и хороший, как он всем нужен, как без него грустно; объясняли малышу, почему его не отпускают с рук («соскучились», «хотим побыть все вместе», «хотим с тобой пообщаться и поиграть» и т.п.).

Можно было отметить также, что у девочек во время холдинга был несколько иной тип сопротивления, чем у мальчиков. Девочки, хотя и были не менее упорны в сопротивлении, сражались не так отчаянно, как мальчики,

например, не столько кричали, сколько «ныли». Поэтому первый холдинг с девочками проходил в целом более спокойно, чем с мальчиками, но был очень растянут во времени.

Поведение детей на первых сеансах холдинга зависело и от глубины аутизма. Ребенок с наиболее выраженным аутизмом мог подолгу спокойно сидеть на руках у мамы, не глядя ей в глаза, а разглядывая, например, лампу, или уставившись в окно. При этом он часто выглядел вялым, безучастным, буквально погруженным в просоночное состояние. Спровоцировать такого ребенка на активное сопротивление было трудно. Родители достигали этого либо настойчивым требованием смотреть им в глаза, либо тем, что ненадолго отпускали его, а затем вновь брали на руки и продолжали холдинг.

Большинство детей почти сразу реагировали на ситуацию удержания страхом и отчаянным сопротивлением. Но бывало, что с самого начала холдинга или после некоторого времени сопротивления такой ребенок погружался в аутоstimуляцию. Откинувшись назад, он играл пальцами перед глазами или активно раскачивался из стороны в сторону, а чаще – вперед-назад, сидя на руках у мамы. При этом ребенок мог монотонно мычать или издавать какие-то резкие звуки, чтобы заглушить то, что говорили ему родители. Мы просили родителей так, как делаем это обычно на игровых занятиях, «подключиться» к стереотипиям, т.е. подражать ребенку, придавая его действиям игровой смысл. Например, мама начинала раскачиваться вместе с малышом, приговаривая, что они «плывут на лодке, а ветер сильно дует, лодка раскачивается», или цокала языком так же громко, как это делал ребенок, приговаривая «какие мы с тобой замечательные лошадки». Такое поведение

родителей либо моментально гасило аутостимуляцию, либо, если ребенок принимал комментарий, становилось игрой.

В некоторых достаточно опытных и умелых семьях, где родители уже до начала холдинг терапии пытались понемногу играть с ребенком, брать его на руки, сопротивление у детей наступало гораздо позже и длилось недолго, так как родители активно включали во взаимодействие наработанные приемы - игры, песни, чтение стихов.

И, безусловно, в конце холдинга, когда ребенок становился расслабленным, отзывчивым и легко контактировал, мы просили всех родителей поиграть с ребенком, спеть песню, что-нибудь рассказать.

Таким образом, уже на первых сеансах мы выходили за рамки традиционной для холдинг терапии схемы «конфронтация, сопротивление, расслабление». Мы допускали «обыгрывание» реакций ребенка еще на стадии сопротивления, если это помогало снять чрезмерное аффективное напряжение родителей и ребенка. И главное - мы старались использовать хорошее настроение ребенка после холдинга, его возросшую контактность для развития эмоционального взаимодействия между ним и его родителями.

В течение первой недели холдинг терапии во всех наблюдавшихся случаях происходило снижение сопротивления ребенка: от 2-4 часов на первом холдинге до 2-4 раз за весь холдинг по 1-5 минут. Быстрее всего, как мы уже упоминали, исчезало сопротивление у маленьких детей (2,5 – 3,5 года). Понятно, что они легче, чем старшие дети, погружались в «младенческое состояние»; ранняя аффективная привязанность к маме актуализировалась у них очень быстро. Но и в других семьях «борьба» сменялась эмоциональным общением, чтением стихов, пением песен, общими играми.

В целом взаимодействие во время холдинга во всех семьях, независимо от возраста ребенка, вскоре начинало напоминать общение родителей с малышом 1-2-летнего возраста. Родители играли с ребенком в «ладушки», «сороку-ворону», использовали другие «младенческие забавы»: песенки, народные потешки, пальчиковые игры. Психолог помогал родителям вспоминать и выбирать подходящие по ситуации «забавы», просил постоянно «расширять репертуар», обучал тому, как провоцировать ребенка на подражание, как использовать минуты его спокойного внимания, чтобы рассказывать малышу о нем самом, о том, что с ним происходит в течение дня. То есть время холдинга все больше использовалось для развития позитивных форм эмоционального контакта в семье, для обучения родителей конкретным приемам работы с ребенком, с тем, чтобы поднять его психический тонус, провоцировать на подражание, развивать речь.

В итоге уже на первой неделе занятий традиционная схема холдинг терапии «конфронтация, сопротивление, расслабление» дополнялась последующим активным позитивным эмоциональным взаимодействием между родителями и ребенком. Эту модификацию холдинга мы развивали и в дальнейшем, считая ее более продуктивной и полезной для развития аутичного ребенка.

Наш опыт показывает, что можно выделить два направления влияния холдинга. Первое из них – это преобразование, «перемалывание» негативных аффектов, снятие эмоционального напряжения, возбуждения, тревоги, страха, преодоление агрессии и негативизма. Эти проблемы решаются во время «классического» холдинга, при преодолении сопротивления ребенка. Другое направление действия холдинга – разработка новых форм эмоционального

контакта, способствующая развитию взаимодействия, подражания, понимания эмоционального смысла происходящего, стимулирующая речевое развитие.

Сочетание этих двух компонентов, их «дозировки» варьировали в очень широких пределах, что определялось уровнем эмоционального развития ребенка, его конкретным аффективным состоянием, наиболее актуальными проблемами развития.

В дальнейшем, описывая результаты работы, мы будем вести речь о нашем модифицированном варианте холдинг терапии.

Изменения в состоянии детей, проходивших холдинг терапию

Через 1 - 2 месяца холдинг терапии мы получили выраженные устойчивые результаты, которые можно оценить в основном как положительные.

1. Холдинг содействовал уменьшению, смягчению собственно аутизма, установлению более адекватного эмоционального контакта между ребенком и родителями. Практически во всех случаях родители говорили о том, что ребенок стал чаще смотреть в глаза, больше хочет быть рядом, а не сам по себе; примерно в половине случаев мамы говорили о том, что ребенок стал проявлять инициативу в контакте, или о том, что эти проявления стали чаще. Так, многие говорили, что ребенок постоянно «пристает», требует к себе внимания, «заигрывает».

2. Сверхсензитивность многих детей существенно смягчилась, уменьшились страхи, основанные на гиперсензитивности ребенка. Так, например, после первых двух сеансов холдинга четырехлетняя девочка впервые

спокойно позволила маме расчесать волосы и заплести косу. Эта же девочка, боявшаяся собак, через месяц холдинг терапии спокойно подошла на улице к собаке (правда, маленькой), погладила и даже постаралась заглянуть ей в глаза.

Все дети стали чаще смотреть в глаза не только близким людям, но и чужим, с которыми сталкивались в транспорте, на занятиях, тем, кто приходит в гости и др.

Двое детей стали терпимо относиться к стрижке ногтей, один ребенок – к посещению парикмахерской. О троих детях мамы говорили, что с ними стало легче ехать в транспорте, зайти в магазин или другое людное место.

3. Практически все родители отмечали возросшую активность детей, усиление или появление интереса к окружающему, возросшее любопытство ребенка. Многие родители говорили, что ребенок после холдинга смотрит на них «как будто в первый раз видит», начинает обследовать, ощупывать лицо мамы (глаза, рот), гладит по волосам. Также дети начинали обследовать свою комнату, всю квартиру. Одна из мам жаловалась на то, что с ребенком невозможно стало ходить в гости – он изучает все комнаты, залезает без разрешения во все шкафы, выдвигает все ящики. Другой мальчик стал приглядываться к тому, чем занимается мама, пытаться помогать ей стирать и готовить, заглядывая при этом в каждую кастрюлю, в шкаф, где хранились крупы, в холодильник.

Многие дети стали проявлять интерес к незнакомым людям: 11 начали наблюдать за другими детьми, их игрой на детской площадке; 5 детей активно включались во взаимодействие – участвовали в общей беготне. Двое впервые стали проявлять инициативу в контакте с детьми: подходили к другому ребенку, тянули за руку, затевали с ним беготню.

4. Усилилась привязанность детей к близким людям. О 8 детях мамы говорили, что «перестал отпускать меня из дома»; о 4 – что стал ждать с работы папу, бежит встречать его в прихожую. Практически все дети меньше стремились уединиться, напротив, хотели находиться в той же комнате, где мама или другие близкие люди.

Многие стали приходить в один и тот же час и требовать холдинг терапии. 15 детей стали чаще стремиться побыть на руках у мамы, искать у нее утешения и защиты (в случае опасности, плохого настроения, болезни).

5. Практически все дети примерно через две недели холдинг терапии проявили большее желание и возможность взаимодействовать. Обо всех детях родители говорили, что они «стали более отзывчивыми», менее отрешенными, лучше слушают, выполняют простые просьбы. Вне холдинга пятеро детей стали проявлять интерес к тем играм, которые предлагали им взрослые или другие дети; они больше наблюдают и слушают, но иногда включаются в игру или рисование спонтанно.

6. Обо всех детях говорили, что они стали менее капризными, более послушными. Про одного ребенка рассказали, что он прекратил «устраивать истерики», кричать и валиться на пол, когда мама входила с ним в магазин, в троллейбус или не выполняла немедленно какого-то требования ребенка.

У троих детей исчезли проявления самоагрессии. Характерно, что агрессивные проявления, наблюдавшиеся в поведении 7 детей до начала холдинг терапии, впоследствии иногда возникали только во время холдинга и совсем не наблюдались в другое время.

7. У 10 детей произошло заметное улучшение в освоении бытовых навыков. Из них трое научились самостоятельно одеваться, а четверо освоили

более сложные действия (застегивание пуговиц, молнии на брюках и др.), а главное, стали активнее пользоваться уже освоенными навыками.

У одного ребенка на фоне холдинг терапии удалось сформировать навык опрятности. В этом случае отсутствие навыка опрятности было связано со страхом туалета и горшка, который смягчился на фоне холдинг терапии. Двое других детей также обнаружили прогресс в освоении навыков опрятности: один ребенок через 2 месяца от начала холдинг терапии, а другой через полгода начали вместо горшка пользоваться туалетом.

8. У большинства детей был замечен прогресс в развитии речи. Причем, по нашим наблюдениям, первичным является прогресс в развитии понимания речи, что проявляется в поведении ребенка возросшей способностью слушать стихи, рассказы о самом ребенке, которые родители придумывают во время холдинга, а затем и сказки. Внимание к тому, что рассказывают родители, становится более протяженным; ребенок, даже не отвечая словесно, дает адекватную эмоциональную реакцию (хмурится, когда появляется «серый волк», смеется, когда родители говорят о его собственных шалостях и т.п.).

Предшественниками речевой инициативы на холдинге становятся также подражание ребенка мимике и артикуляции родителей, выполнение по их просьбе игровых действий, имитирующих чье-то поведение («покажи козу рогатую», «сделай как мишка косолапый ногою топ», «как мама делает «но-но-но»»).

Динамика развития речи была разной в зависимости от того, была речь у ребенка раньше или нет. Детям, речь которых нормально развивалась до 2-3 лет, а затем регрессировала (2 ребенка) достаточно было несколько сеансов холдинга, чтобы растормозить большое количество аффективных высказываний

(ситуативных, аффективных воспоминаний, цитат из любимых раньше книг). Более сложной в этом случае оказалась задача сохранения и поддержания речевой активности ребенка на определенном уровне как в ситуации холдинга, так и в течение дня. Иначе говоря, вновь появившаяся речь оставалась сначала нестабильной, ребенок мог вновь замолкать на целые дни, и ему требовались недели, а иногда и месяцы для того, чтобы навык использования речи стал устойчивым.

Дети, которые совсем не пользовались речью до начала холдинг терапии (10 человек), нуждались в более длительной работе (от двух месяцев до трех лет) по растормаживанию и закреплению в ежедневной речи отдельных слов и коротких высказываний. Хотя необходимо отметить, что и у них аффективные восклицания и короткие аффективные слова появлялись на холдинге достаточно быстро – после 2 – 15 занятий.

Работа по «растормаживанию» речи во время холдинг терапии имеет свою специфику и нуждается в отдельном описании. В целом же наш опыт показывает, что именно быстрый прогресс эмоционального контакта с родителями, достигаемый на холдинге инициирует развитие речи у ребенка с аутистическими тенденциями развития. Ежедневная тренировка в контакте, эмоциональная стимуляция во время холдинг терапии во многих случаях позволяют добиться некоторой стабильности в развитии речи, закрепить появившиеся речевые формы.

Влияние холдинг терапии на родителей аутичных детей

По нашим наблюдениям, холдинг терапия оказала положительное влияние на родителей в тех семьях, где она применялась не менее 3 месяцев (таких семей – 14).

1. Родители уже после первых 4 – 5 сеансов холдинг терапии отмечают, что чувствуют себя более уверенно в отношениях с ребенком: уходит тревога, связанная с собственной несостоятельностью в контактах с ребенком.

2. Родители лучше понимают ребенка, его проблемы, желания. Холдинг показывает близким, что у ребенка есть стремление к контакту и возможность контактировать; помогает почувствовать глубину тревоги, страха и эмоционального напряжения, которые испытывает ребенок и разобраться в том, чего ребенок не хочет, а чего не может; когда он слушает и понимает, а когда «отключается».

3. Холдинг терапия помогает в короткий срок преодолеть дистанцию между специалистами и родителями, научить родителей приемам эмоциональной работы с ребенком, дать им необходимые навыки управления аффективным состоянием ребенка, стимуляции его развития.

4. Холдинг терапия не только вооружает родителей необходимыми навыками коррекционного воздействия, но и обязывает их к регулярной работе с ребенком. Холдинг постепенно вписывается в режим дня, дети быстро привыкают к определенным часам занятий, и, как отмечают многие родители, ребенок сам приходит в определенный час, садится на руки и требует, чтобы с ним занимались. Родители на своем опыте убеждаются в том, что пропускать занятия не стоит: даже 1-2 пропущенных дня обычно приводят к более сильному сопротивлению ребенка в день возобновления холдинга. Кроме того,

родители замечают, что эмоциональное развитие ребенка не продвигается, если прекратить занятия. По выражению одной мамы «после пропущенных двух недель занятий холдинг пришлось начинать с того же места».

Стабильность, регулярность холдинг терапии в большой степени обеспечивает и стабильность в развитии ребенка. В тех семьях, где холдинг терапия не прекращалась, у детей не было аффективных срывов, и все они (правда, каждый в своем темпе) демонстрируют стабильное продвижение в психическом развитии.

Негативные феномены при холдинг терапии, причины их возникновения и способы преодоления.

1. Холдинг терапия вызывает ломку стереотипов поведения аутичного ребенка, в особенности стереотипов контакта, провоцируя этим временный аффективный дисбаланс, который наблюдался почти у всех аутичных детей на протяжении первых одного-шести месяцев холдинга. Это проявлялось:

- усилением аутостимуляции у ребенка вне ситуации холдинга (у 6 детей);
- расстройством сна (у 8 детей);
- появлением в поведении детей элементов агрессии, влечений, негативизма (у 14 детей);
- возрастанием возбудимости, расторможенности ребенка (у 7 детей).

Оценивая эти факты, необходимо помнить, что перечисленные настораживающие проявления всегда сочетались с возрастанием активности, контактности ребенка, появлением подражания и другими положительными

сдвигами в его психическом развитии. Подобные отрицательные моменты часто сопутствуют не только началу холдинг терапии, но и характерны для первых этапов любой целенаправленной интенсивной работы по эмоциональному развитию аутичного ребенка. Стимулирующая лекарственная терапия также часто сначала приводит к подобным побочным явлениям.

Тем не менее эти негативные симптомы невозможно игнорировать, важно подготовить родителей к их появлению и проследить за тем, чтобы удельный вес негативной симптоматики не превышал позитивных накоплений и не подрывал веру родителей в необходимость продолжения занятий.

К сожалению, в 2 случаях из 19 родители прекратили холдинг терапию именно из-за первоначального нарастания негативной симптоматики. Один из этих случаев уже описан нами выше как опыт неудачной холдинг терапии. Во втором случае родителей напугало массивное нарастание аутостимуляций, и они прекратили холдинг через 2 недели после начала занятий.

Накопленный опыт показывает, то родителям действительно трудно самостоятельно справиться с нарастающей негативной симптоматикой, именно поэтому психолог, ведущий холдинг, сначала должен держать ситуацию под особым контролем, работая с семьей чаще, чем это нужно будет в последствии (до 4 – 5 раз в неделю).

2. Еще одна проблема, с которой мы столкнулись в 10 случаях – это тенденция стереотипизации самой ситуации холдинга. За 1-2 месяца ребенок привыкал к определенной последовательности занятий во время холдинга и требовал их постоянного воспроизведения - в определенном порядке и с неизменным содержанием.

Этому можно было помешать, если перед родителями постоянно ставились новые задачи, создающие перспективу развития ребенка. Так, если в стереотипе холдинга долгое время преобладали занятия, стимулирующие активное подражание ребенка (игры, песни, стихи), то родителей просили особое внимание уделять развитию его возможности слушать и воспринимать эмоциональный смысл. Постепенно в занятие вводились короткие истории о самом ребенке, планы на будущее и воспоминания, короткие сказки.

Если взаимодействие ребенка и взрослого строилось в другой логике, и он, наоборот, до сих пор предпочитал пассивно слушать, мы нацеливали родителей на стимуляцию его собственной двигательной и речевой активности, стремились использовать в холдинге более «зажигательные» игры, песни, потешки.

Если ребенок привыкал к восприятию и проигрыванию ритмичных стихов и сказок («Колобок», «Курочка Ряба» и т.п.), в холдинг вводились менее структурированные по форме короткие истории и сказки, включающие элементы неожиданности, приключения. Нередко такие нововведения вызывали усиление сопротивления ребенка, которое, однако, было достаточно кратковременным и легко снималось в процессе холдинга.

Одной из причин стереотипизации холдинг терапии в некоторых семьях была недостаточная гибкость родителей в использовании двух основных компонентов холдинга. Напомним, что два этих компонента – *очищающий и развивающий* - в обязательном сочетании которых и состоит предлагаемая модификация холдинга, позволяют сделать холдинг терапию адекватной задачам развития эмоционального взаимодействия в семье аутичного ребенка и

применять ее длительно, в течение одного – трех и более лет с определенным эффектом.

Постоянное наблюдение в процессе коррекционной работы на протяжении трех лет показывает, что длительный «крен» в сторону одного компонента и пренебрежение другим приводит к стереотипизации и выхолащиванию холдинга, к тому, что холдинг терапия теряет свой смысл и перестает стимулировать развитие ребенка.

Наш опыт показал, что 6 семей из 19 прекратили холдинг терапию через 2 – 3 недели после того, как из холдинга ушел *очищающий* компонент. Эти семьи бросили терапию примерно через 2 – 3 месяца от ее начала, когда холдинг превратился в жесткий стереотип, причем родители проигрывали ребенку каждый день определенный набор песен, стихов и сказок, не меняя их порядка, не пытаясь вносить дополнения.

В нашей практике мы не допускали длительного преобладания *очищающего* компонента, так как не считали полезным каждый день провоцировать сопротивление ребенка. Опыт показывает, что если родители проводят холдинг терапию с установкой «ни дня без борьбы», то сильные аффекты могут начать работать преимущественно на аутостимуляцию, не оставляя времени и места развитию позитивных форм эмоционального контакта.

Роль холдинг терапии в психологической работе по формированию аффективной сферы ребенка с аутистическими тенденциями развития.

Целью нашей работы являлось введение холдинг терапии в целостную коррекционную систему, направленную на развитие аффективной сферы детей с аутистическим развитием. Эта работа не может осуществляться только специалистами – психологами и педагогами – особенно если речь идет о ребенке раннего возраста. Ведущую роль здесь играет семья, создающая с помощью специалиста «аффективно стимулирующий» режим жизни ребенка, постоянно тренирующая ребенка в контакте. И чем раньше начинается эта работа, тем больше шансов у ребенка вернуться к нормальному пути развития.

Однако не каждая семья активно включается в работу: некоторые родители полагают, что «лучше, чтобы с таким трудным ребенком работали специалисты», многие мамы бывают неспособны выполнять наши рекомендации в силу своего душевного состояния, другие чувствуют себя очень неумелыми, и нужна длительная кропотливая работа по их обучению приемам эмоционального взаимодействия с ребенком. Во всех этих случаях холдинг терапия оказывается очень полезной. Она дает возможность родителям быстро, буквально за несколько часов, добиться принципиального изменения в состоянии своего ребенка, разделить с ним радость и удовольствие эмоционального контакта. Это стимулирует родителей, побуждает их продолжать работу с ребенком.

Важнейшим достоинством холдинг терапии является также возможность нейтрализации негативного аффекта у маленького ребенка. Его близкие получают эффективное средство помощи ребенку в преодолении состояния

внутреннего дискомфорта, которое часто встречается у детей с аутистическими чертами развития.

Описывая результаты холдинг терапии, мы уже говорили о том, что родители начинают лучше понимать своего ребенка: чувствуют его эмоциональное состояние, реально оценивают его возможности, знают, чего он не хочет, а чего не может. Поэтому взаимодействие психолога с семьей существенно облегчается: родители сотрудничают с готовностью, легко улавливая смысл наших рекомендаций. Подчеркнем, однако, что такая повышенная «обучаемость» родителей явилась одним из результатов разработанной нами модификации холдинг терапии, которая и была обусловлена включением холдинга в отработанную систему эмоционального развития ребенка, имеющего нарушения контакта с внешним миром.

Эта модификация состояла в присоединении к традиционной функции холдинга, условно названной нами *очищающей*, направленной на переработку негативного аффекта, преодоление сопротивления ребенка и повышения его готовности к контакту, еще одной *развивающей* функции, которая заключалась в разработке на холдинге новых форм позитивного эмоционального взаимодействия между ребенком и родителями.

Напомним, что данная модификация естественным образом сложилась на наших занятиях, когда сопротивление ребенка существенно уменьшалось, а иногда и совсем исчезало, и малыш все больше времени проводил у родителей на руках в состоянии эмоционального комфорта, готовый к активному контакту. Однако не все родители могли сами спонтанно найти те занятия, те виды взаимодействия, которые ребенок готов принять после того, как ушло его сопротивление. С нашей точки зрения, было очень важно максимально

использовать то время, когда он хорошо контактирует с близкими людьми. Поэтому мы продолжали разрабатывать позитивные формы взаимодействия родителей с ребенком уже после того, как он полностью расслаблялся и успокаивался. Мы помогали родителям постепенно отработать новые формы контакта с ребенком в игре, пении и всех других занятиях, возможных, пока ребенок сидит у них на руках лицом к лицу. Таким образом обучение родителей способам эмоционального взаимодействия с ребенком в игре, совместном чтении, рисовании становилось еще одной задачей, которая решалась на холдинг терапии.

Вводя в свой рабочий арсенал метод холдинг терапии, мы также надеялись, что холдинг сможет выполнить роль катализатора в аффективном развитии ребенка с аутистическими тенденциями развития. Наш опыт показал, что холдинг действительно может дать определенный импульс, подтолкнуть аффективное развитие ребенка. Причем эту роль холдинг терапия выполнила во всех случаях, когда применялась не меньше 1,5 – 2 месяцев. Описывая результаты работы, мы говорили о том, что за это время в состоянии ребенка происходили существенные положительные изменения: проявления аутизма уменьшались, ребенок устанавливал более тесный контакт со своими близкими и проявлял интерес к незнакомым людям, становился более активным, любопытным; у большинства детей отмечался прогресс в развитии речи. При этом дети становились менее капризными, более спокойными в течение дня, уменьшались проявления агрессии и самоагрессии, легче привлекалось и дольше удерживалось внимание ребенка в совместном со взрослым взаимодействии.

Таким образом опыт работы свидетельствует о том, что метод холдинг терапии особенно эффективен в самом начале коррекционной работы с семьей ребенка, имеющего аутистические тенденции развития. Он позволяет быстро включить родителей в работу с ребенком, воодушевляя их заметными положительными сдвигами в эмоциональном состоянии ребенка и развитии контакта с ним.

Следует отметить, что чем младше ребенок, тем больших результатов удавалось добиться. Маленькие дети в ситуации холдинга выглядели более естественно, ранняя привязанность формировалась у них быстрее, чем у старших детей. В их поведении исходно не отмечалось жесткой стереотипности, характерной для старших по возрасту аутичных детей. Эмоционального возраста, адекватного младенческому, они достигали быстрее, чем другие дети, но и быстрее «выходили» из него, приближаясь к соответствующему их реальному возрасту эмоциональному взаимодействию. Наш опыт холдинг терапии подтвердил, таким образом, что направленная коррекционная работа с детьми раннего возраста, имеющими аутистические тенденции в поведении, дает им больше возможностей для возвращения к нормальному эмоциональному развитию.

Важно отметить, что на всех этапах холдинг терапии психолог, работающий с семьей, не только давал рекомендации, связанные с проведением холдинга, но и помогал семье освоить способы специального эмоционально стимулирующего воспитательного подхода. К последним относятся: специальный режим эмоционального комментирования, обучение приемам развития сюжетной игры и сюжетного рисования, способам формирования навыков контакта, бытовых навыков и навыков самообслуживания,

преодоления нежелательных форм поведения и др. При возможности проводились игровые занятия психолога с ребенком, а затем, когда удавалось добиться определенного прогресса в развитии произвольного внимания, к занятиям подключался педагог-дефектолог.

Подводя итог, мы можем сказать, что холдинг терапия в ее модифицированном варианте может стать органичной частью работы по эмоциональному развитию ребенка раннего возраста, имеющего аутистические тенденции развития, благодаря тому, что она:

- позволяет быстро включить родителей в работу, воодушевляя их заметными положительными сдвигами в аффективном состоянии ребенка и развитии контакта с ним, поэтому холдинг особенно актуален в начале коррекционной работы;

- содействует формированию эмоциональной привязанности ребенка к близким людям, налаживает взаимодействие в семье;

- служит мощным средством нейтрализации негативного аффекта;

- облегчает взаимодействие психолога и родителей, позволяя быстро обучать их приемам коррекционной работы, превратить в со-терапевтов;

- дает возможность постепенно подготовить ребенка, имеющего аутистические тенденции поведения, к различным развивающим занятиям, к введению в детскую группу.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Итак, мы рассмотрели некоторые аспекты одного из самых сложных нарушений аффективного развития – раннего детского аутизма. Мы постарались выделить наиболее характерные признаки аффективного неблагополучия в раннем возрасте, показать возможные варианты начальных этапов аутистического дизонтогенеза, представить методы максимально ранней коррекционной помощи.

Как было рассмотрено выше, раннее эмоциональное развитие детей с аутизмом своеобразно и характеризуется, прежде всего, недостаточным усвоением способов проработки аффективного взаимодействия с окружающим миром, с близкими. В связи с этим мы описали наиболее типичные позиции родителей, характеризующие их восприятие эмоциональных особенностей ребенка и способы взаимодействия с ним.

Задачи коррекционной помощи мы видим в отлаживании ранних форм эмоционального контакта ребенка с близкими, формировании привязанности, организации ситуаций разделенного со взрослым внимания, стимуляции подражания и речевой активности, смягчении аффективных проблем. Это - длительная, кропотливая работа, ориентированная, в первую очередь, на близких ребенка, ведь именно они могут в процессе коррекционного взаимодействия с малышом постепенно сформировать аффективные механизмы организации его поведения. Поэтому важно, чтобы родители как можно раньше получили поддержку специалиста, знакомого с проблемой ранних нарушений эмоционального развития, который сможет объяснить им, что происходит с ребенком, рассказать о причинах его необычного поведения. Задачи

специалиста состоят также и в том, чтобы обучить родителей приемам коррекционного взаимодействия с ребенком, помочь семье наладить специальный эмоционально стимулирующий режим. В том случае, когда специалист постоянно поддерживает семью, направляет усилия родителей в нужное русло, когда семья активно стремится помочь ребенку, возможен быстрый прогресс в его аффективном развитии.

Работая с семьей маленького ребенка мы не раз убеждались в том, что раннее выявление признаков нарушения эмоционального взаимодействия и рано начатая коррекционная работа позволяют добиться заметных результатов в преодолении признаков аффективного неблагополучия, и во многих случаях это помогало ребенку вернуться к нормальному пути эмоционального развития.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Баенская Е.Р. Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием. Младший дошкольный возраст. – М.: Институт учебника «Пайдейя», 1999. – 88 с.
2. Дети с нарушением общения / Лебединская К.С., Никольская О.С., Баенская К.С., Либлинг М.М. и др.- М.: Просвещение, 1989. – 95 с.
3. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. - М.: Изд. Моск. ун-та, 1985. - 167 с.
4. Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. - М.: Изд. Моск. ун-та, 1990. - 197 с.
5. Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма. – М.: Просвещение, 1991. – 97 с.
6. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. - М.: Теревинф, 1997. - 342 с.
7. Welch M. Holding Time. – N.Y.: Simon & Schuster, 1988. – 254 p.