

## Выявление особенностей общения у дошкольников с РДА

**Бородина А.В.,**  
учитель-дефектолог;

**Ткаченко А.И.,**  
педагог дополнительного образования;

**Пшениčkова И.О.,**  
учитель-логопед Центра логопедии и дефектологии,  
г. Щёлково Московской обл.

---

*Аннотация.* В статье представлена методика наблюдения и обследования общения (взаимодействия) дошкольников с ранним детским аутизмом. Представлены результаты исследования — классификация вариантов РДА с указанием особенностей, которые дети проявляют в общении, а также прогнозом развития. Взрослым даются общие рекомендации по налаживанию общения с детьми с РДА.

*Ключевые слова:* РАС, общение, взаимодействие, методики, особенности поведения.

---

Общение — один из видов психологической теории деятельности. Оно имеет ту же структуру, что и любая другая деятельность: возникает на основе соответствующей потребности и побуждается соответствующим мотивом, включает действия, направленные на цели, которые имеют смысловое отношение к мотиву. В каждом возрастном периоде общение имеет специфические особенности, определяемые развитием потребностно-мотивационной сферы.

Первые годы жизни человека наполнены общением с близкими взрослыми. Родившись, ребенок не может сам удовлетворить ни одной своей потребности: его кормят, купают, укрывают, перекладывают, переносят, ему показывают яркие игрушки. Вырастая и становясь все более самостоятельным, он продолжает зависеть от взрослого, который учит его ходить и держать ложку, правильно произносить слова и строить башни из кубиков, отвечает на все его «почему».

Потребность в общении проявляется у ребенка рано, примерно в 1–2 месяца, после кризиса новорожденности. Он начинает улыбаться маме и бурно радоваться при ее появлении. Мама должна как можно более полно удовлетворять эту новую потребность. Непосредственное эмоциональное общение со взрослым создает у ребенка радостное настроение и повышает его активность, что становится необходимой основой для развития движений, восприятия, мышления, речи.

### **Теоретические аспекты общения и его особенности у детей с РДА**

Что же происходит, если потребность в общении не удовлетворяется или удовлетворяется недостаточно? Дети, оказавшиеся в больнице или детском доме, отстают в психическом развитии. До 9–10 месяцев они сохраняют бессмысленный, безразличный взгляд, устремленный вверх, мало двигаются, ошупывают свое тело или одежду и не стремятся схватить попавшиеся в руки игрушки. Они вялы, апатичны, не испытывают интереса к окружающему. Речь появится

у них очень поздно. Более того, даже при хорошем гигиеническом уходе дети отстают в физическом развитии. Эти тяжелые последствия недостатка общения в младенчестве получили название госпитализма.

Таким образом, в первый год жизни полноценное общение со взрослым жизненно важно. Недостаточное или не соответствующее потребностям общение отрицательно сказывается на развитии и позже, причем проявление этого негативного влияния на разных возрастных этапах имеет свою специфику. Каждый возраст, принося новые возможности и новые потребности, требует особых форм общения.

М.И. Лисина изучала, как изменяется общение ребенка со взрослым на протяжении детства. Она выделила четыре формы общения.

*1. Ситуативно-личностное общение, характерное для младенчества.* Оно зависит от особенностей сиюминутного взаимодействия ребенка и взрослого, ограничено узкими рамками ситуации, в которой удовлетворяются потребности ребенка. Непосредственные эмоциональные контак-

ты — основное содержание общения. Ребенка привлекает личность взрослого, а все остальное, включая игрушки и прочие интересные предметы, остается на втором плане.

2. *Ситуативно-деловое общение.* В раннем возрасте ребенок осваивает мир окружающих предметов. Ему по-прежнему необходимы теплые эмоциональные контакты с мамой, но этого уже недостаточно. Потребность в общении в это время тесно связана с потребностью в сотрудничестве, которая вместе с потребностями в новых впечатлениях и активности может быть реализована в совместных действиях со взрослым. Ребенок и взрослый, выступающий как организатор и помощник, вместе манипулируют предметами, выполняют все более сложные действия с ними. Взрослый показывает, что можно делать с разными вещами, как их использовать, раскрывает перед ребенком те их качества, которые тот сам не в состоянии обнаружить.

3. *Внеситуативно-познавательное общение.* С появлением первых вопросов ребенка — почему? зачем? откуда? как? — начинается новый этап

в развитии его общения со взрослым, дополнительно побуждаемый познавательными мотивами. Ребенок вырывается за рамки наглядной ситуации, в которой раньше были сосредоточены все его интересы. Теперь его интересует гораздо больше: как устроен открывшийся для него огромный мир природных явлений и человеческих отношений? И главным источником информации, эрудитом, знающим все на свете, становится для него все тот же взрослый.

4. *Внеситуативно-личностное общение.* Возникает в середине или конце дошкольного возраста. Взрослый для ребенка — высший авторитет, чьи указания, требования, замечания принимаются по-деловому, без обид, капризов и отказа от трудных заданий. Эта форма общения важна при подготовке к школе, и если она не сложилась к 6–7 годам, ребенок будет психологически не готов к школьному обучению.

Один из основных признаков РДА — нарушение речевого развития. Речевые расстройства значительно варьируют по степени тяжести и проявлениям. Несмотря

на большое разнообразие речевых нарушений, характерных для отдельных вариантов, имеются и общие, специфичные для РДА особенности.

1. Нарушение коммуникативной функции речи. Аутичный ребенок избегает общения, ухудшая возможности речевого развития. Его речь автономна, эгоцентрична, недостаточно связана с ситуацией и окружением.

2. Оторванность такого ребенка от мира, неспособность осознать себя в нем сказываются на становлении его самосознания. Следствие этого — позднее появление в речи местоимения «я» и других личных местоимений в первом лице.

3. Стереотипность речи, склонность к словотворчеству, неологизмам. Почти у всех детей становление речи проходит через период эхолалий, часты разнообразные нарушения звукопроизношения, темпа и плавности речи.

### **Методика наблюдения за взаимодействием детей с РАС**

*Цель:* выявление уровня общения у дошкольников с ранним детским аутизмом.

*Методика* включает три направления: наблюдение за детьми, разработка анкет для родителей, создание специальных ситуаций для общения на занятиях.

### **Анкета для родителей**

Какая дистанция общения для вашего ребенка более приемлема?

Насколько близко он сам приближается ко 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 незнакомыми людьми? Насколько он может отпустить маму?

Каковы его 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.

Как он обследует окружающие предметы: рассматривает, обнюхивает, тащит в рот, рассеянно берет в руку не глядя и тотчас бросает, смотрит из-

дали, боковым зрением и т.д.? 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)?

Сложилась ли какие-то стереотипные бытовые навыки, насколько они развернуты, насколько жестко привязаны к привычной ситуации?

Использует ли он речь и в каких целях: комментирует, обращается, для аутостимуляции (повторяет одно и то же аффективно заряженное слово, высказывание, выкрикивает, скандирует)? Насколько она стереотипна, характерны ли эхолалии, в каком лице он говорит о себе?

Как он ведет себя в ситуациях дискомфорта, страха: замирает, возникают панические реакции, агрессия, аутоагрессия, обращается к близким, жалуется, усиливаются стереотипии, стремится повторить или

проговорить травмировавшую ситуацию?

Каково его поведение при радости: возбуждается, усиливаются двигательные стереотипии, стремится поделиться приятным переживанием с близкими?

Как он реагирует на запрет: игнорирует, пугается, делает назло, возникает агрессия, крик?

Как легче его успокоить при возбуждении, расстройстве: взять на руки, приласкать, отвлечь (любимым лакомством, привычным занятием, уговорами)?

Насколько долго может сосредоточить внимание на игрушке, книге, рисунке, фотографиях, пазлах, мыльных пузырях, свечке или фонарике, возне с водой и т.д.?

Как он относится к включению взрослых в его занятие (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, помогли

нам собрать информацию о возможностях ребенка как в спонтанном поведении, так и в создаваемых ситуациях взаимодействия. Обычно эти возможности существенно различаются. Так, в произвольной активности ребенок может достаточно ловко манипулировать объектами: быстро листать страницы, собирать кусочки мелкой мозаики, соединять детали конструктора, расслаивать веревочку, но когда родители пытаются вложить ему в руку ложку, чтобы приучить самостоятельно есть, или карандаш, чтобы научиться рисовать, он оказывается страшно неловким, несостоятельным.

### **Клинико-психологические варианты РДА**

Дети I группы, с аутистической отрешенностью от окружающего, характеризуются наиболее глубокой агрессивной патологией, наиболее тяжелыми нарушениями психического тонуса и произвольной деятельности. Их поведение носит полевой характер и проявляется в постоянной миграции от одного предмета к другому. Эти дети мутичны. Нередко имеется стремление

к нечленораздельным, аффективно акцентуированным словосочетаниям. Наиболее тяжелые проявления аутизма: дети не имеют потребности в контактах, не осуществляют даже самого элементарного общения с окружающими, не овладевают навыками социального поведения. Нет и активных форм аффективной защиты от окружающего, стереотипных действий, заглушающих неприятные впечатления извне, стремления к привычному постоянству окружающей среды. Они не только бездеятельны, но и полностью беспомощны, почти или совсем не владеют навыками самообслуживания.

Дети этой группы имеют наихудший прогноз развития, нуждаются в постоянном уходе и надзоре. Они остаются мутичными, полностью несостоятельными в произвольных действиях. В условиях интенсивной психолого-педагогической коррекции у них могут быть сформированы элементарные навыки самообслуживания; они могут освоить письмо, элементарный счет и даже чтение про себя, но их социальная адаптация затруднена даже в домашних условиях.

Дети II группы, с аутистическим отвержением окружающего, характеризуются определенной возможностью активной борьбы с тревогой и многочисленными страхами за счет аутостимуляции положительных ощущений при помощи многочисленных стереотипий: двигательных (прыжки, взмахи рук, перебежки и т.д.), сенсорных (самораздражение зрения, слуха, осязания) и т.д. Такие аффективно насыщенные действия, составляя эмоционально положительные ощущения и повышая психологический тонус, заглушают неприятные воздействия извне.

Внешний рисунок их поведения — манерность, стереотипность, импульсивность многочисленных движений, причудливые гримасы и позы, походка, особые интонации. Эти дети обычно малодоступны для контакта, отвечают односложно или молчат, иногда что-то шепчут. С гримасами либо застывшей мимикой обычно диссоциирует осмысленный взгляд. Спонтанно у них вырабатываются лишь простейшие стереотипные реакции на окружающее, стереотипные бытовые навыки,

односложные речевые штампы-команды. У них часто наблюдается примитивная, но предельно тесная, «симбиотическая» связь с матерью, ежеминутное присутствие которой — непреложное условие их существования.

С точки зрения нозологии и у этой группы детей речь, скорее, идет либо о шизофрении, либо, возможно, биохимической, на настоящем уровне диагностики не определяемой энзимопатии.

Прогноз на будущее для детей данной группы лучше. При адекватной длительной коррекции они могут быть подготовлены к обучению в школе (чаще — в массовой, реже — во вспомогательной).

Дети III группы, с аутистическими замещениями окружающего мира, характеризуются большей произвольностью в противостоянии своей аффективной патологии, прежде всего страхам. Эти дети имеют более сложные формы аффективной защиты, проявляющиеся в формировании патологических влечений, компенсаторных фантазиях, часто с агрессивной фабулой, спонтанно разыгрываемой ребенком как стихийная психо-

драма, снимающая пугающие его переживания и страхи. Внешний рисунок их поведения ближе к психопатоподобному. Характерны развернутая речь, более высокий уровень когнитивного развития. Эти дети менее аффективно зависимы от матери, не нуждаются в примитивном тактильном контакте и опеке, поэтому их эмоциональные связи с близкими недостаточны, низка способность к сопереживанию. При развернутом монологе очень слаб диалог.

Нозологическая квалификация этой группы представляет определенные трудности. Здесь нельзя исключить вариант самостоятельной дизонтогенеза.

Эти дети при активной медико-психолого-педагогической коррекции могут быть подготовлены к обучению в массовой школе.

Дети IV группы характеризуются сверхтормозимостью. Их аутизм наименее глубок, меньше патологии аффективной и сенсорной сфер. В их статусе на первом плане — неврозоподобные расстройства: чрезвычайная тормозимость, робость, пугливость, особенно в контактах, чувство соб-

ственной несостоятельности, усиливающее социальную дезадаптацию. Значительная часть защитных образований носит не гиперкомпенсаторный, а адекватный, компенсаторный характер, при плохом контакте со сверстниками они активно ищут защиты у близких; сохраняют постоянство среды за счет активного усвоения поведенческих штампов, формирующих образцы правильного социального поведения, стараются быть «хорошими», выполнять требования близких. У них имеется большая зависимость от матери, но это не витальный, а эмоциональный симбиоз с постоянным аффективным «заражением» от нее.

Их психический дизонтогенез приближается, скорее, к своеобразной задержке развития с достаточно спонтанной, значительно менее штампованной речью. Дети именно этой группы часто обнаруживают парциальную одаренность.

Нозологически здесь, очевидно, следует говорить о варианте синдрома Каннера как самостоятельной аномалии развития, реже — синдроме Аспергера как шизоидной пси-

хопатии. Эти дети могут быть подготовлены к обучению в массовой школе, а в небольшой части случаев обучаться в ней и без предварительной специальной подготовки.

### Установление эмоционального контакта

Выделенные клинико-психологические варианты РДА отражают, очевидно, различные патогенетические механизмы формирования этой аномалии развития, быть может, разную степень интенсивности и экстенсивности патогенного фактора (о чем говорит возможность их перехода в сторону ухудшения при эндогенных колебаниях, экзогенной либо психогенной провокации и, наоборот, улучшения, чаще при эффективности медико-коррекционных мероприятий, а иногда и спонтанно), разный характер генетического патогенного комплекса, особенности «почвы», как конституциональной, так и патологической.

Для того чтобы установить эмоциональный контакт с ребенком, мы должны четко понимать, что помешало этому произойти естественным образом в раннем возрасте. Опыт

показывает, что потребность в общении у таких детей существует — они тянутся к людям; проблема же состоит в том, что в психическом отношении они невыносимы — ранимы и тормозимы в контакте. Взгляд, голос, прикосновение, прямое обращение могут оказаться для них слишком сильными впечатлениями.

Кроме того, такой ребенок и сам не отвечает требованиям, которые предъявляет ему взрослый: ему трудно сосредоточиться произвольно, «по приказу». Все это тоже заставляет ребенка уходить от общения, дозировать его или ограничивать своими правилами.

Таким образом, чтобы сделать попытку установления эмоционального контакта успешной, мы должны постараться организовать ситуацию общения так, чтобы она была для ребенка комфортной, подкреплялась приятными впечатлениями и не требовала недоступных форм взаимодействия. Сначала ребенок должен получить опыт комфортного общения, и только потом, добившись привязанности, создав некоторый кредит доверия, мы можем посте-

пенно развивать более сложные формы взаимодействия.

С домашними ребенок имеет долгую историю отношений. Порой самые любящие родители стремятся справиться с проблемами ребенка методами прямого нажима, механического натаскивания и не скрывают расстройства по поводу его несостоятельности.

В некоторых случаях для восстановления эмоционального контакта используется специальный метод — холдинг-терапия, позволяющий родителям и ребенку заново пережить момент установления эмоционального контакта.

Первые попытки подобного общения должны проходить без спешки, в очень спокойных условиях, ребенку надо дать время даже для того, чтобы он привык к новой обстановке. Его могут спугнуть и громкий голос, и резкие движения, и вообще излишняя активность и суетливость

взрослого. Сначала ему может быть неприятно слишком прямое обращение: пристальный взгляд, окликание по имени, активные попытки привлечь внимание, вопросы, настойчивые предложения что-то посмотреть, послушать, с чем-то поиграть. В то же время ситуация знакомства не должна быть и абсолютно нейтральной. Ребенку все же надо дать понять, что вы находитесь здесь ради него, что он вам симпатичен и вам интересно то, что он делает.

Это общие пожелания к тому, как организовать ситуацию знакомства, установить первый контакт с аутичным ребенком; но, конечно, эти пожелания должны индивидуализироваться в зависимости от группы, к которой он относится. И прежде всего различны будут приятные для ребенка впечатления, с которыми взрослый должен стараться связать себя в его сознании.

### **Уважаемы читатели, дорогие друзья!**

Мы стремимся сделать наши издания еще более качественными, а материалы, размещаемые в них, — еще более полезными и интересными для вас. Редакция журнала предлагает направлять все отзывы и предложения по поводу выходящих материалов на электронную почту [dou@tc-sfera.ru](mailto:dou@tc-sfera.ru) с пометкой «Обратная связь».