

УДК 796.011.1 / 3: 37.037.1

ББК 74.200.54

С 60

А.Д. Соломко

**Адаптивное физическое воспитание как метод коррекции  
аутичных детей**  
(Рецензирована)

**Аннотация:**

В статье рассматривается агрессивное поведение аутичных детей, представлены результаты формирующего эксперимента, направленного на коррекцию агрессивного поведения аутичного ребенка средствами адаптивного физического воспитания.

**Ключевые слова:**

Ранний детский аутизм, агрессивное поведение, аутоагрессия, агрессия, адаптивное физическое воспитание, аутичный ребенок.

Об аутичных детях было известно давно – и в прошлых веках, и в нашем столетии, но лишь сравнительно недавно Л. Каннер дал этому заболеванию привычное нам название [1]. Аутизм – тяжелое нарушение психического развития, при котором, прежде всего снижена способность к общению, социальному взаимодействию. Впервые термин «аутизм» был использован швейцарским психиатром Э. Блейлером в 1911 году.

Эпидемиологические исследования, проведенные в разных странах, показали, что частота проявления детского аутизма встречается в 3-6 случаях на 10000 тысяч детей. Аутизм, определяемый методами психологической диагностики, по мнению многих авторов, возрастает до внушительной цифры: ими обладают 21-26 из 10 тысяч детей [7]. По данным отечественной медицинской статистики на 10000 новорожденных рождается от 15 до 20 детей с синдромом раннего детского аутизма (РДА). Он обнаруживается у мальчиков в 3-4 раза чаще, чем у девочек [2], при этом умственные ограничения тяжелой формы гораздо чаще встречаются у девочек. Аутизм встречается у детей с разными степенями умственного развития [9]. Для лучшего понимания существующих подходов к исследованию РДА необходимо обратиться к истории данной проблемы в зарубежной и отечественной науке.

Синдром РДА был описан американским детским психиатром Л. Каннером в 1943 г. В своей работе Л. Каннер охарактеризовал РДА как особое состояние с нарушениями общения, речи, моторики, которое отнес к состояниям так называемого «шизофренического» спектра. Независимо от него австрийским психиатром Г. Аспергером в 1944 г. было описано близкое состояние у детей, назвав его аутистической психопатией [5].

Большинством отечественных исследователей, а также рядом зарубежных исследователей РДА рассматривается в основном в рамках патологии шизофренического круга: как начальный период детской шизофрении, реже тяжелой формы шизоидной психопатии [3].

С.С. Мнухин с соавторами еще в 1947 году выдвинул концепцию органического происхождения РДА. Ряд исследователей связывали происхождение РДА с органическими, реактивными причинами, последствиями нарушения симбиоза между матерью и ребенком, нарушениями адаптационных механизмов у незрелой личности. В эти же годы были выявлены аутистические симптомы в клинике больных фенилпировиноградной олигофренией, при X-ломкой хромосоме, синдроме Ретта и др. [6].

Подход отечественных исследователей к проблеме аутизма неоднозначен. Например, В.В. Ковалев выделяет две основные формы РДА процессуальный (шизофренический) и непроцессуальный. В.М. Башина выявила, что наиболее важной

особенностью РДА Л. Каннера являлся особый асинхронный тип задержки развития. Это проявлялось в нарушении иерархии психического, речевого, моторного, эмоционального созревания ребенка с РДА. Асинхрония в развитии является важным отличительным признаком каннеровского синдрома, в отличие от других видов нарушения развития с симптомами аутизма иного происхождения.

К.С. Лебединская на основе этиопатогенетического подхода выделяет пять вариантов РДА: ранний детский аутизм при различных заболеваниях центральной нервной системы; психогенный аутизм; РДА шизофренической этиологии; при обменных заболеваниях; при хромосомной патологии [6].

Существует также классификация детей с РДА по характеру социальной дезадаптации. Английский исследователь доктор Л. Винг разделила аутичных детей по их возможностям вступления в социальный контакт на «одиноких» (не вовлекающихся в общение), «пассивных» и активных-но-нелепых».

Психологические механизмы развития ребенка с РДА были отражены в работах специальной экспериментальной группы, созданной при НИИ дефектологии АПН СССР. Исследования проводились В.В.Лебединским, О.С. Никольской, Е.Р. Баженой, М.М. Либинич и др. В результате проведенной работы были определены четыре группы детей с аутизмом [5].

Формирование синдрома РДА происходит к 2,5–3 годам. К этому возрасту становятся более заметными не только отставание и своеобразие в развитии речи ребенка, моторики, отсутствие внимания к близким, интереса к детям и избегание контакта с ними, трудности произвольного сосредоточения, но и особенности его поведения, которые, нарастая, превращаются в мощные психологические барьеры развития личности ребенка.

В качестве основных поведенческих проблем аутичных детей традиционно рассматриваются страхи, негативизм, неконтролируемые влечения, непреодолимая стереотипность, агрессия и самоагрессия и др. В процессе коррекционной работы невозможно обращаться к одной из них, не затрагивая другие. Пытаясь преодолеть агрессивные тенденции, мы часто обнаруживаем, что они порождаются страхами ребенка. Вместе с тем, уменьшая «зажатость», аффективное напряжение ребенка, провоцируя активность ребенка, мы можем вызвать ответные агрессивные действия. Влечения, особые пристрастия ребенка тоже могут быть тесно связаны со страхами и, соответственно, ослаблены лишь при смягчении конкретных страхов. Также невозможно разрабатывать различные способы преодоления негативизма, не касаясь страхов и стереотипности поведения. Из сказанного следует высоко значимый вывод: диагностическая и коррекционная работа с ребенком, страдающим РДА, должна носить системный характер.

Рассматривая поведенческие трудности аутичных детей разных групп РДА, остановимся на проблеме проявления агрессии и самоагрессии [7]. Агрессивные тенденции, так же как и страхи, не должны расцениваться однозначно как отрицательные. С одной стороны, они могут отражать разлаженность поведения ребенка, его расторможенность, проявляться в форме влечений, нести функцию психологической защиты от непереносимых воздействий, исходящих от окружения. Но, с другой стороны, могут свидетельствовать и о положительном росте активности ребенка, представляя собой спонтанные попытки преодоления страха, выхода на контакт с другим. В каждом из этих случаев требуется индивидуальный коррекционный подход [1].

Проблемы поведения аутичного ребенка, во многом обусловлены дефицитом или неправильным распределением психофизического тонуса. Учет значения динамики психофизического статуса ребенка обусловил специальный подход к формированию физической среды, в которой ребенок пребывает. В частности, типовая групповая комната дошкольного образовательного учреждения разделена на зоны: учебная зона, игровая зона, комната для занятий с детьми с полевым поведением, спортивный уголок, «сухой» бассейн и многое другое. Такому ребенку необходимы специальные занятия по моторному развитию или хотя бы включение эпизодов таких занятий в игру. Поэтому в

помещении всегда должен присутствовать спортивный комплекс: горка, мячи разных размеров, маты, ленточки, султанчики, различные массажные дорожки, сухой бассейн и специальные спортивные снаряды (шведская стена, кольца, висячие лестницы и т.д.). Педагоги, работающие с детьми, подбирают игры и упражнения в соответствии с его индивидуальными проблемами: гипер- или гипотонусом, недостаточной координацией движений, неумением держать равновесие и т.д. не выходя за пределы групповой комнаты.

О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг считают, что аутичному ребенку, как и любому другому, необходимы постоянные физические нагрузки для поддержания психофизического тонуса, снятия эмоционального напряжения, страхов, негативизма, агрессии и самоагрессии. Очень хорошо, если наряду со специальными занятиями физкультурой ребенок будет еще просто заниматься спортом [7].

Организация рационального двигательного режима является одним из основных условий обеспечения комфортного психологического состояния детей. Кроме того, имеется прямая взаимосвязь, как указывают специалисты, между двигательным ритмом, умственной работоспособностью ребенка и его эмоциональным состоянием. Вредна, отмечают они, как недостаточная, так и излишняя двигательная активность.

Проводимое нами экспериментальное исследование началось в сентябре 2005 года на базе Муниципального учреждения «Начальная школа - детский сад» № 214 г. Краснодара и осуществлялось в несколько этапов. На начальном этапе был разработан протокол наблюдения «Диагностика агрессивного поведения», состоящий из двух частей: поведение ребенка, приносящее вред самому себе; поведение ребенка, приносящее вред окружающим. В исследовании были задействованы 2 группы детей с синдромом раннего аутизма (всего 30 человек, возраст от 3 лет 8 месяцев до 7 лет), посещающие группу кратковременного пребывания, и одна группа детей с нормальным развитием, посещающих общеобразовательную группу (15 человек, возраст от 4 до 5,5 лет). Отсутствие достоверных различий исследуемых параметров между мальчиками и девочками позволило считать группы однородными. Группы разделены по 15 человек: экспериментальная и две контрольных. При анализе экспериментальных данных применены следующие *эмпирические методы*: анализ диагностических карт, включенное и невключенное наблюдение, а также *методы математической обработки*: оценка нормальности распределения признака, описательная статистика, непараметрический метод сравнения двух независимых выборок с использованием U-критерия Манна-Уитни, непараметрический метод сравнения двух зависимых выборок с использованием T-критерия Вилкоксона.

Анализируя полученные результаты и особенности агрессивного поведения аутичных детей, мы предположили, что адаптивное физическое воспитание как метод, будет способствовать коррекции агрессивного поведения аутичных детей. Для проверки гипотезы был предпринят формирующий эксперимент.

По итогам проведенного наблюдения была составлена коррекционная программа «Будем здоровы». Данная программа направлена на коррекцию агрессивного поведения аутичного ребенка средствами адаптивного физического воспитания (АФВ). АФВ способствует развитию двигательных навыков ребенка, развитию интереса к различным видам двигательной активности, снятию психоэмоционального напряжения, саморегуляции поведения, развитию целостной и гармонично развивающейся личности ребенка-аутиста. Все занятия по АФВ проводились с учетом физической подготовленности, возраста и соматического состояния каждого ребенка. В состав программы включены упражнения для снятия психофизического тонуса во время общеразвивающих занятий, физкультминутки, упражнения на расслабление, игровые упражнения с предметами и без них, подвижные игры, утренняя гимнастика, психогимнастика, оздоровительные игры, игры малой активности, психотерапевтические

прогулки, дыхательная гимнастика, ЛФК (на занятиях по физическому воспитанию), ритмопластика, психогимнастика и многое другое [3].

Используя АФВ в своей работе, были созданы, прежде всего условия для психологического комфорта и благополучия детей, снятия психоэмоционального напряжения и агрессивных проявлений не только в условиях коррекционно-развивающих занятий, но и игровой деятельности; не только в условиях образовательного учреждения, но и дома. Коррекционные занятия строились по принципу чередования различных заданий и игры в строгом соответствии с расписанием на фоне четко дозированного эмоционального тонизирования. В ходе занятий отрабатывается целенаправленное поведение, понимание речи, целенаправленная двигательная активность, преодоление негативизма, тревоги, страхов, а главное преодоление проявлений агрессии по отношению к самому себе и окружающим. Работа по данной программе проводилась только в экспериментальной группе 2 раза в неделю в течение полутора лет. Вместе с психологом в ней участвуют инструктор по физическому воспитанию и педагоги группы, также элементы данной программы в своей работе использовали логопед и дефектолог. Итоговое измерение изучаемых параметров в экспериментальной и контрольной группах было проведено в мае 2007 года.

По итогам предварительной диагностики были отмечены следующие особенности агрессивного поведения аутичных детей как в игровой, так и учебной деятельности. На начальном этапе эксперимента в игровой деятельности в экспериментальной группе и контрольной группе 1 наблюдается различие по двум параметрам аутоагрессивного поведения. В контрольной группе 1 выражены такие параметры поведения, приносящего вред самому себе, в игровой деятельности, как: кусание своей руки ( $p=0,035$ ), биеение себя по лицу руками ( $p=0,035$ ).

В экспериментальной группе и контрольной группе 2 (норма) достоверных различий в игровой деятельности ни по одному из параметров аутоагрессивного поведения не наблюдается.

Анализ проявлений внешне направленной агрессии показал иное. В игровой деятельности аутичных детей при предварительном измерении в экспериментальной и контрольной группе 1, наблюдается различие лишь по одному параметру поведения приносящего вред окружающим: биеение предметами педагогов ( $p<0,05$ ).

Между экспериментальной группой и контрольной группой 2 (норма) были выявлены различия по следующим параметрам агрессивного поведения приносящего вред окружающим в игровой деятельности: биеение руками педагогов ( $p<0,01$ ), биеение ногами педагогов ( $p<0,05$ ), биеение предметами педагогов ( $p<0,01$ ), бросание предметов в педагогов ( $p<0,05$ ), ломает игрушки ( $p<0,05$ ), ломает постройки ( $p<0,05$ ), ломает учебные пособия ( $p<0,05$ ).

На первом диагностическом срезе в параметрах агрессивного поведения, приносящего вред самому себе в учебной деятельности, различий между экспериментальной и контрольной группой 1 не зафиксировано.

В сравнении экспериментальной группы и контрольной группы 2 (норма) выявлены различия по следующим параметрам: кусание своей руки ( $p<0,01$ ), биеение себя по голове ( $p<0,05$ ), биеение себя руками по лицу ( $p<0,05$ ).

В проявлении агрессивного поведения приносящего вред окружающим в учебной деятельности между экспериментальной и контрольной группой 1 наблюдаются незначительные различия по двум параметрам: царапание педагогов ( $p<0,01$ ), рвание бумаги ( $p<0,01$ ).

Между экспериментальной группой и контрольной группой 2 (норма), в учебной деятельности обнаружены следующие различия таких параметров агрессивного поведения, как: биеение руками ( $p<0,001$ ) и ногами близких ( $p<0,05$ ), биеение руками ( $p<0,001$ ) и ногами педагогов ( $p<0,05$ ), биеение по лицу близких ( $p<0,05$ ), в том числе предметами ( $p<0,01$ ), биеение предметами педагогов ( $p<0,01$ ), бросание предметов в

близких ( $p < 0,001$ ), бросание предметов в педагогов ( $p < 0,01$ ), тянет за одежду ( $p < 0,05$ ), щиплет ( $p < 0,05$ ), царапает близких ( $p < 0,05$ ), царапание педагогов ( $p < 0,01$ ), рвании бумаги ( $p < 0,01$ ), цветов ( $p < 0,01$ ), учебных пособий ( $p < 0,001$ ), ломает учебные пособия ( $p < 0,01$ ), мебель ( $p < 0,05$ ).

По прошествии 1,5 лет коррекционной работы целью, которой, являлось использование адаптивного физического воспитания как метода коррекции агрессивного поведения аутичных детей, было проведено итоговое измерение изучаемых параметров.

Анализируя полученные данные на момент итогового измерения между экспериментальной группой и контрольной группой 1 выявлено лишь одно различие в параметрах поведения, приносящего вред самому себе в игровой деятельности: биеение себя по лицу (К1). Отметим, что в экспериментальной группе и контрольной группе 2 при итоговом и предварительном измерении различий проявлений самоагрессии в игровой деятельности между аутичными детьми и детьми с нормальным развитием не выявлено. Из выше сказанного, мы можем сделать вывод о том, что поведение детей экспериментальной группы в игровой деятельности соответствует нормальному.

После проведенной коррекционной работы в экспериментальной группе наблюдается положительная динамика по 5 параметрам поведения, приносящего вред окружающим, в игровой деятельности из 55 исследуемых: биеение ногами педагогов ( $p < 0,05$ ), биеение по лицу педагогов ( $p < 0,001$ ), рвание цветов ( $p < 0,05$ ), учебных пособий ( $p < 0,05$ ), ломает игрушки ( $p < 0,001$ ). В контрольной группе 1 изменений в поведении, приносящего вред окружающим в игровой деятельности между итоговым и предварительным измерением не наблюдается.

В экспериментальной группе и контрольной группе 2 (норма) выявлено различие лишь по одному параметру поведения, приносящего вред окружающим: биеение руками педагогов ( $p < 0,05$ ). Это говорит о том, что дети научились контролировать свое поведение в процессе игровой деятельности.

Анализ показателей достоверности различий параметров агрессивного поведения, приносящего вред самому себе, между итоговым и предварительным измерением в экспериментальной и контрольной группе 1 в учебной деятельности, выявил положительную динамику. Уровень проявления аутоагрессии в экспериментальной группе стал ниже по следующим параметрам: кусание своей руки ( $p < 0,05$ ), биеение себя по голове ( $p < 0,05$ ).

Следует отметить, что различия в проявлении агрессивного поведения, приносящего вред саму себе в учебной деятельности, между экспериментальной и контрольной группой 2 не выявлены.

Анализ параметров агрессивного поведения, приносящего вред окружающим в учебной деятельности, выявил положительную динамику в экспериментальной группе по 16-ти параметрам из 55 наблюдаемых: оплевывание ( $p < 0,001$ ) и биеение руками близких ( $p < 0,01$ ), биеение руками педагогов ( $p < 0,01$ ), биеение по лицу близких ( $p < 0,05$ ) и педагогов ( $p < 0,001$ ), биеение предметами близких ( $p < 0,05$ ) и педагогов ( $p < 0,05$ ), бросание предметов в близких ( $p < 0,05$ ), детей ( $p < 0,001$ ) и педагогов ( $p < 0,05$ ), тянет за одежду близких ( $p < 0,05$ ), щиплет ( $p < 0,05$ ) и царапает педагогов ( $p < 0,05$ ), рвание цветов ( $p < 0,05$ ) и учебных пособий ( $p < 0,05$ ), ломает учебные пособия ( $p < 0,001$ ).

В контрольной группе 1 выявлена положительная динамика лишь по 5-ти из 55 параметров: оплевывание близких ( $p < 0,001$ ), биеение педагогов по лицу ( $p < 0,001$ ), бросание предметов в детей ( $p < 0,001$ ), рвание бумаги ( $p < 0,05$ ), ломает учебные пособия ( $p < 0,001$ ).

Различия между экспериментальной группой и контрольной группой 2 наблюдаются по следующим параметрам проявления агрессивного поведения, приносящего вред окружающим в учебной деятельности: биеение руками педагогов ( $p < 0,05$ ), бросание предметов в близких ( $p < 0,05$ ), ломает учебные пособия ( $p < 0,05$ ).

Результаты проведенного исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. Анализ литературных источников показал, что диагностическая и коррекционная работа с ребенком страдающим РДА должна носить системный характер. Адаптивное физическое воспитание как метод коррекции агрессивного поведения аутичных детей в литературе представлены недостаточно.

2. Включение АФВ в коррекционную работу способствует выраженной позитивной динамике в виде снижения агрессии аутичного ребенка.

3. Выдвинутая в начале исследования гипотеза о том, что адаптивное физическое воспитание как метод, будет способствовать коррекции агрессивного поведения аутичных детей, нашла свое подтверждение.

Таким образом, в ходе формирующего эксперимента прошла практическое испытание методика психолого-педагогического воздействия на аутичного ребенка средствами адаптивного физического воспитания. Использование АФВ в коррекционной работе способствует значительному снижению выраженности параметров агрессивного поведения, приносящего вред окружающим, как в игровой деятельности, так и в учебной деятельности.

#### **Примечания:**

1. Бетельхейм Б. Пустая крепость. Детский аутизм и рождение Я: Пер. с англ. М.: Академический Проект: Традиция, 2004. 784 с.
2. Дети с нарушениями общения / К.С. Лебединская, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская и др. М.: Просвещение, 1989.
3. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте. М.: Академия, 2004.
4. Лечебная физкультура и массаж. Методики оздоровления детей дошкольного и младшего школьного возраста: практическое пособие / Г.В. Каштанова, Е.Г. Мамаева, О.В. Сливина и др. М., 2006.
5. Максимова Н.Ю., Милютин Е.Л. Курс лекций по детской патопсихологии. Ростов н/Д: Феникс, 2000.
6. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. СПб.: Речь, 2001.
7. Дети и подростки с аутизмом. Психологическое сопровождение / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг и др. М.: Теревинф, 2005.
8. Маккернен Т., Мортлок Дж. Аутизм: Практическое руководство для персонала / Белорусская ассоциация помощи детям-инвалидам и молодым инвалидам. Минск: Белорусский Экзархат Белорусской православной церкви, 2000. С. 11.
9. Феррари, П. Детский аутизм. М., 2006.