Содержание

Введение.....3
Глава 1. Теоретические основы изучения психосоциальной работы с семьей, имеющей ребенка с синдромом раннего аутизма.....6
1.1. Семья, имеющая ребенка с синдромом раннего аутизма: специфика функционирования, основные проблемы.....6
1.2. Психосоциальная работа с семьей, имеющей ребенка с синдромом раннего аутизма, в России и за рубежом…….....15
Глава 2. Анализ инновационных форм психосоциальной работы с семьей, имеющей ребенка с синдромом раннего аутизма.....27
2.1. Сравнительный анализ применения инновационных форм психосоциальной работы с семьей, имеющей ребенка с синдромом раннего аутизма, в учреждениях и организациях разного типа…….....27
2.2. Специфика форм психосоциальной работы с семьей, имеющей ребенка с синдромом раннего аутизма, в учреждениях социального обслуживания.....39
2.3. Рекомендации к организации психосоциальной работы с семьей, имеющей ребенка с синдромом раннего аутизма……..…….....47
Заключение ……..……..50
Список литературы……...…….53
Приложение ...…….....57

Введение

По последним данным Организации объединенных наций, инвалидность имеют 23% жителей Земли. Более того, число детей с ограниченными физическими возможностями в мире превысило 240 млн. чел. [4]. В соответствии с Федеральным реестром инвалидов, по состоянию на январь 2017 г., количество детей с ограниченными возможностями здоровья от рождения до 17 лет составляло 630, 2 тыс. чел., что занимало 4,9% доли в общей численности инвалидов, однако на январь 2021 г. данный показатель вырос до 717 тыс. детей, что составило примерно 6% от всего количества людей с инвалидностью в нашей стране [4]. Анализируя данные показатели инвалидности в России, можно прийти к выводу, что детская инвалидность за последнее десятилетие возросла.

К основным причинам, способствующим возникновению инвалидности у детей, можно отнести ухудшение экологической обстановки, неблагоприятные для женщин условия осуществления трудовой деятельности, увеличение случаев травматизма, высокий уровень заболеваемости родителей (в частности матерей), несоблюдение здорового питания и культуры здорового образа жизни и т.д.

Стоит отметить, что инвалидность в детском возрасте подразумевает значительные ограничения в жизнедеятельности, а также способствует возникновению социальных трудностей у ребенка. Более того, дезадаптация обусловлена нарушением физического и психического развития, неспособностью к самообслуживанию, успешному осуществлению образования и коммуникации. Поэтому можно сказать, что адаптация ребенка с ограниченными возможностями к социальной жизни подразумевает социальную, психологическую, правовую и экономическую поддержку со стороны государства.

Согласно статистическим данным, аутизмом в мире страдает свыше 10 млн. человек, и с каждым годом данный показатель увеличивается на 11-17%

процентов. Минздрав Российской Федерации сообщил, что за прошедшие пять лет число детей с ранним детским аутизмом и расстройством аутистического спектра в России увеличилось более чем в два с половиной раза [26].

В настоящее время семья, имеющая ребенка с синдромом раннего аутизма, часто сталкивается с нарушениями психического здоровья своего ребенка, включая тревогу и депрессию, ухудшение качества жизни и благополучия. Поэтому родители, имеющие ребенка с синдромом раннего аутизма, нуждаются в поддержке, обучении и психосоциальной помощи со стороны социальных служб.

Это обусловило выбор темы исследования – «Инновационные формы психосоциальной работы с семьей, имеющей ребенка с синдромом раннего аутизма».

Объект бакалаврской работы – семья, имеющая ребенка с синдромом раннего аутизма.

Предмет – специфика применения инновационных форм психосоциальной работы с семьей, имеющей ребенка с синдромом раннего аутизма.

Цель бакалаврской работы – изучить специфику применения инновационных форм психосоциальной работы с семьей, имеющей ребенка с синдромом раннего аутизма.

Для реализации этой цели необходимо решить следующие задачи:

1) рассмотреть специфику функционирования и основные проблемы семьи, имеющей ребенка с синдромом раннего аутизма;

2) изучить психосоциальную работу с семьей, имеющей ребенка с синдромом раннего аутизма, в России и за рубежом;

3) осуществить сравнительный анализ применения инновационных форм психосоциальной работы с семьей, имеющей ребенка с синдромом раннего аутизма, в учреждениях и организациях разного типа;

4) выявить специфику форм психосоциальной работы с семьей, имеющей ребенка с синдромом раннего аутизма, в учреждениях социального обслуживания;

5) разработать рекомендации к организации психосоциальной работы с семьей, имеющей ребенка с синдромом раннего аутизма.

Гипотеза: инновационные формы психосоциальной работы с семьей, имеющей ребенка с синдромом раннего аутизма, в некоммерческих организациях применяются чаще, чем в учреждениях социального обслуживания.

Методы исследования: экспертный опрос, интервью, анкетный опрос.

Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы, приложения.

Глава 1. Теоретические основы изучения психосоциальной работы с семьей, имеющей ребенка с синдромом раннего аутизма

1.1. Семья, имеющая ребенка с синдромом раннего аутизма: специфика функционирования, основные проблемы

Представления о том, что такое расстройство аутистического спектра (далее – РАС), сильно изменились с тех пор, как в 1940-х годах Г. Аспергером был введен термин «аутизм», а чуть позже – термин «Синдром Аспергера», под которым понимались серьёзные трудности ребенка в процессе социального взаимодействия и невербальной коммуникации, напрямую связанные с ограниченными и повторяющимися моделями поведения и интересов ребенка.

В 1943 г., Л. Каннер дал более полное определение понятия «РАС», которое было опубликовано в его научном труде «Аутистические нарушения аффективного контакта». Кроме того, автор смог более подробно описать особые состояния у детей, начинающиеся с периода раннего детского возраста и определяемые крайней самоизоляцией. РАС в раннем детском возрасте Л. Каннер считал особым расстройством шизофренического спектра, подчеркивая ярко выраженные нарушения коммуникативной функции речи [18]. По мнению В.Е. Кагана, «РАС представляет собой психопатологический синдром, основными проявлениями которого являются первичные структурные нарушения или неравномерности развития предпосылок к взаимодействию с одной стороны, а также утраты регулятивного влияния общения на мыслительную деятельность и поведение, с другой» [17, с. 77]. Как считает А. Гезелл, РАС представляет собой псевдосимптоматическую задержку развития, основу которой составляет повреждение центральной нервной системы, а также сопутствующая ему умственная отсталость. Кроме того, автор придерживается мнения относительно того, что именно социальное взаимодействие ребенка вступает в противоречие с функциями центральной нервной системы [14].

В настоящее время РАС понимается как пожизненное неврологическое расстройство, которое варьируется по степени тяжести, но значительно ухудшает повседневное функционирование с дефицитом в двух основных областях: постоянные недостатки в социальной коммуникации и социальном взаимодействии, а также ограниченные повторяющиеся модели поведения, интересов или деятельности ребенка. Кроме того, стоит отметить, что РАС является результатом раннего изменения развития мозга и нейронной реорганизации [9].

Отметим, что в настоящее время нет строгого разграничения между понятиями «расстройство аутистического спектра» и «ранний детский аутизм». Отсутствие четкой дифференциации между ними приводит к тому, что многим детям не удается оказать результативную помощь, так как от правильной постановки диагноза зависит маршрут лечения и коррекции ребенка. Раннему детскому аутизму (далее – РДА) как диагнозу в современной медицине до сих пор нет четкого определения. Под это определение попадает не какое-то конкретное нарушение или патология развития головного мозга, а общий набор поведенческих симптомов и проявлений, основные из которых – снижение или отсутствие коммуникативных функций, изменения эмоционального фона, социальная дизадаптация, ограниченность интересов, набор стереотипных действий, избирательность. И в результате часто получается так, что понятия «аутизм», «ранний детский аутизм» и «расстройство аутистического спектра» используются как синонимы, что в принципе неверно. Поэтому необходимо помнить, что аутизм, как диагноз, может быть поставлен ребенку лишь в среднем школьном возрасте. До этого момента у ребенка может быть диагностирован только ранний детский аутизм, который, как правильно, проявляется в возрасте до 3 лет.

Как считают О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг, внешние проявления РАС в детском возрасте можно объединить в следующие клинические критерии, которыми выступают:

– предельное, экстремальное одиночество ребенка, способствующее снижению его способности к формированию контактов с окружающими людьми, что отрицательно сказывается на его социальном развитии;

– стереотипность в поведении для сохранения постоянных и привычных условий жизнедеятельности, низкий уровень сопротивления изменений в обстановке, а также страх перед ними;

– поглощенность однообразными действиями, как моторными, так и речевыми;

– интерес к одним и тем же предметам, а также захваченность стереотипными интересами – в игре, в совместной деятельности, а также в процессе общения;

– раннее и яркое проявление указанных расстройств [31].

Следовательно, можно сказать, что РАС представляет собой совокупность имеющихся у ребенка дефектов, возникающих ввиду нарушений развития головного мозга, для которых характерно ярко выраженный и всесторонний дефицит социального взаимодействия и общения, а также ограниченные интересы и повторяющиеся стереотипные действия, проявление которых можно заметить с периода раннего детского возраста. Кроме того, ребенок с диагнозом РАС не стремится наладить межличностный контакт со своими сверстниками, он проявляет агрессию к ним и в тоже время многого боится. В некоторых случаях этот страх перерастает в фобию и приобретает неадекватный характер, поскольку ребенок боится даже собственной тени и предметов быта. Однако стоит отметить, что у таких детей имеются хорошие когнитивные задатки и склонность к интеллектуализации, которые поддаются развитию [5].

По данным организации Autism Speaks (2017), за последние два десятилетия выявлена возросшая распространенность диагноза РАС в раннем детском возрасте. Кроме того, по статистическим данным, РАС в большинстве случаев диагностируют у мальчиков, чем у девочек.

Этиология и причины данного заболевания являются предметом спора многих исследователей, так как РАС является нейробиологическим заболеванием, симптоматика которого сохраняется и меняется на протяжении всей жизни, в связи с чем, большинство методик терапии для детей младшего возраста с данным диагнозом в большей степени направлены на коррекцию нервно-психического развития детей [36].

В соответствии с выдвинутыми критериями Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), у детей с диагнозом РАС можно выделить следующие нарушения: качественные нарушения в сфере социального взаимодействия со взрослыми и сверстниками; качественные нарушения способности к коммуникации; ограниченные повторяющиеся и стереотипные модели поведения, интересов и видов деятельности.

Врачи, занимающиеся исследованием данного заболевания, подчеркивают ряд основных его причин:

– заболевание носит генетический характер, так как гены влияют на возникновение синаптических связей в коре головного мозга, однако гены не являются основным виновником РАС;

– основная причина заболевания связана с мутациями во время беременности матери;

– взаимоотношение ребенка с его семьей и окружением также предположительно влияет на возникновение заболевания у ребенка;

– выдвигают и другую версию, такую, как вакцинация ребенка, однако она не имеет научного подтверждения.

В соответствии с Международной классификации болезней 10-го пересмотра (далее МКБ-10), наличие у ребенка аутистических расстройств отнесено к категории «Психические расстройства и расстройства поведения», блок «Расстройства психологического развития». По данным МКБ-10, выделяют следующие разновидности РАС, к которым относятся такие, как

– синдром раннего классического инфантильного аутизма Каннера (F84.0);

– атипичный аутизм (F84.1),

– аутизм из-за синдрома Ретта (F84.2);

– резидуально-органическое состояние аутизма (F84.3);

– гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями (F84.4),

– аутистическая психопатия Аспергера (F84.5) [33].

Кроме того, у 92% детей с РАС наблюдаются сопутствующие психиатрические заболевания, включая синдром дефицита внимания и гиперактивности, оппозиционно-вызывающее и тревожное расстройство, а также поведенческие проблемы, включая несоблюдение и неповиновение старшим. Данные проблемы оказывают прямое воздействие на усталость и депрессию родителей, имеющих детей с РАС, а по мере взросления ребенка проблемы и трудности усиливаются, а также замечаются и признаются воспитателями и учителями [34].

Многочисленные исследования семей показали, что родители детей с ограниченными возможностями, как правило, испытывают более высокий уровень стресса, чем родители нормально развитых детей. Родительский стресс – это сложный комплекс неспецифических, постоянных и значительных проблем, связанных с одной из важнейших ролей родителей, а именно заботой о своем потомстве. Родительский стресс напрямую взаимосвязан с видом инвалидности у ребенка. Во многих научных исследованиях сказано о более высоких уровнях стресса у семей, имеющих ребенка с РАС, чем у родителей детей с другими нарушениями нервно-психического развития [19].

Дети с РАС обычно первые и даже единственные в семье. Из-за собственной неопытности, родители не замечают особенностей ребенка. В течение первых лет жизни ребенок развивается согласно возрастным нормам. Как правило, третий год жизни является переломным для родителей, так как становятся очевидными регресс и отклонения в развитии ребенка, в связи с чем родители впадают в депрессию, они находятся в состоянии

растерянности и подавленности, начинают винить себя, а также сравнивать своего ребенка со здоровыми детьми. Поэтому можно сказать, что состояние стресса для семьи с данного момента в большинстве случаев становится хроническим [35].

Зачастую основные проблемы в воспитании ребенка с ложатся на плечи матери, поскольку с первого дня его рождения она берет на себя ежедневные заботы и хлопоты, однако не получает в полной мере положительных эмоций от общения со своим ребенком. Еще в раннем возрасте у детей с РАС можно наблюдать задержку узнавания матери. Кроме того, ребенок не улыбается своей матери, не проявляет ласку, не смотрит ей в глаза, иногда даже не замечает ее, вследствие чего у матери проявляется апатия, раздражительность и эмоциональное истощение [7]. Отцы же стараются избегать ежедневных проблем, связанных с воспитанием ребенка с РАС. Они больше времени проводят на работе, хотя тоже испытывают стресс, чувство вины и тревогу, но держат это внутри себя.

Также в особых условиях воспитываются сестры и братья детей с РАС: они испытывают бытовые трудности, родители часто не уделяют им достаточного внимания, поскольку большую часть времени проводят с больным ребенком. Такие дети, обделенные вниманием семьи, рано взрослеют, так как часто разделяют выпавшие семье заботы. Впоследствии они могут почувствовать себя ненужными, подумать, что мама и папа их не любят. Все это становится дополнительной болью для родителей [27].

Научные исследования показали, что матери детей с РАС переживают повышенное психологическое неблагополучие и бремя по уходу, испытывают проблемы со здоровьем, характеризуются более низким уровнем стрессоустойчивости и проблемами в различных областях семейной жизни, включая отношения между супругами, братьями и сестрами, а также семейную социализацию. Поэтому важно, чтобы родители находили понимание и поддержку со стороны других людей. Как правило, окружающие, которые не сталкивались с проблемами детей с РАС, осуждают

и критикуют родителей, когда, например, поведение ребенка с данным диагнозом выходит за рамки общепринятых норм. Некоторые родители начинают защищать себя и ребенка, кто-то пытается объяснить и оправдать поведение своего ребенка, кто-то молча уходит [37].

Исходя из данных исследований, выделяют следующие типы отношений и подходы к воспитанию родителями детей с РАС:

1. Первый тип отношений, в соответствии с которым родители акцентируют внимание только на недостатках ребенка, его особенностях. Кроме того, родители не ценят его успехи и достижения, указывают на его несостоятельность. Данная категория родителей также часто стыдится и избегает общения со своим ребенком, иногда проявляет к нему агрессию, а также не воспринимает помощь окружающих людей [32].

2. Второй тип отношений, в соответствии с которым родители не замечают недостатков своего ребенка, иногда даже преувеличивают его способности. Часто не признают наличия заболевания у своего ребенка, что в дальнейшем приводит к непоправимым последствиям для ребенка.

3. Третий тип отношений, в соответствии с которым родители объективно оценивают возможности и способности своего ребенка, им тяжело справляться с жизненными трудностями, но они делают все возможное для развития способностей своего ребенка. Данная категория родителей старается избегать конфликтов и давления на ребенка, но в тоже время стремится к формированию его активности, которая может быть использована для коммуникации и исследовании окружающего мира. В связи с чем, можно сказать, что данный тип отношений является наиболее оптимальным и продуктивным из представленных. Однако, каждому из указанных типов отношений между родителями и ребенком с РАС нужна помощь и поддержка, поскольку воспитание особенного ребенка – это кропотливый труд, постоянная тревога за него и его будущее, полное посвящение себя семье, а также борьба за его самореализацию [21].

По мнению Т.Н. Высотиной, данные типы родительского отношения необходимо различать в соответствии с гендерной принадлежностью ребенка с РАС. Так, например, к мальчикам родители предъявляют более жёсткие требования и строгие наказания, а дочерей наоборот, чаще принимают такими, какие они есть, жалеют и не прибегают к наказанию. Однако мы не можем говорить о том, что половая принадлежность ребенка определяет специфику родительского отношения к нему, поскольку на сегодняшний день не проведены достаточные и необходимые научные исследования в данной области [13].

Кроме того, И.Ю. Левченко было установлено, что количество детей в семье и порядок их рождения оказывает существенное влияние на наличие или отсутствие у родителей эмоционального отвержения к своему ребенку. Довольно редкое отвержение ребенка с РАС наблюдается в тех семьях, где ребёнок с данным диагнозом является старшим и становится характерным для каждой семьи, где ребёнок с РАС младший. Поэтому у тех родителей, у которых второй ребенок родился без патологий, повышается самооценка, снижается чувство вины и тревожные опасения за наследственность заболевания [25].

Основными проблемами родителей, имеющих ребенка с РАС, являются:

– сложности в общении ребенка с РАС с родителями;

– невозможность в получении достоверной информации о диагнозе;

– отсутствие учреждений и специалистов, готовых заниматься с семьями, имеющими ребенка с РАС;

– гиперопека или безразличие по отношению к своему ребенку;

– финансовые сложности [20].

Стоит отметить, что финансовые проблемы, такие, как экономическое бремя и потребность в дополнительном доходе для покрытия пожизненных высоких затрат на специальное образование и лечение, связанное с РАС, являются важными факторами, которые способствуют повышению усталости

родителей, особенно для семей с низким уровнем дохода. Поэтому родители, имеющие ребенка с РАС, нуждаются в психологической, социальной помощи и материальной поддержке со стороны государства [23].

Таким образом, можно сделать вывод, что РАС предполагает совокупность имеющихся у ребенка нарушений в развитии головного мозга, обусловливающих выраженный и всесторонний дефицит социального взаимодействия и коммуникации, а также ограниченные интересы, наличие повторяющихся стереотипных действий, проявления которых можно заметить с периода раннего детского возраста.

Раннему детскому аутизму как диагнозу в современной медицине до сих пор нет четкого определения. Под это определение попадает не какое-то конкретное нарушение или патология развития головного мозга, а общий набор поведенческих симптомов и проявлений, основные из которых схожи с симптомами РАС. Поскольку аутизм, как диагноз, может быть поставлен ребенку лишь в среднем школьном возрасте, то до этого момента у ребенка может быть диагностирован только ранний детский аутизм.

Семьи, воспитывающие детей с РДА и РАС, имеют свойственные для них специфические особенности взаимоотношений с ребенком, а также испытывают определенные трудности. Довольно часто родители, имеющие ребенка с РДА и РАС, не обладают достаточным объемом знаний относительно способов взаимодействия со своим ребенком, а также испытывают родительский стресс, ввиду имеющейся инвалидности у их ребенка.

1.2. Психосоциальная работа с семьей, имеющей ребенка с синдромом раннего аутизма, в России и за рубежом

В современном мире проблема организационного и нормативно-правового обеспечения деятельности по оказанию помощи и поддержки семьям, имеющим детей с РДА и РАС, приобретает особую значимость. Важно понимать, что проблемы физического или психического здоровья не ограничены рамками медицинской помощи. На всех ступенях развития ребенка должно осуществляться комплексное взаимодействие специалистов разных сфер: педиатр, невролог, психиатр, психолог, логопед-дефектолог, социальный работник и другие.

Основная цель психосоциальной работы с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС – создание благоприятного психоэмоционального климата в семьях, а также формирование знаний родителей по возрастной и специальной психологии [11]. Задачами психосоциальной работы с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС, являются:

– повышение уровня психического здоровья семьи, которая находится в состоянии стресса;

– развитие внутрисемейных отношений для повышения уровня позитивного влияния на развитие ребенка;

– ознакомление родителей с потенциальными возможностями ребенка, перспективами его развития, способами и методами его воспитания;

– обучение родителей навыкам ухода за ребенком с РДА и РАС;

– ознакомление родителей с психическим развитием, психологическими особенностями детей;

– обучение родителей психокоррекционным приемам для эффективного процесса воспитания и развития ребенка [22].

Психосоциальная работа с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС, выполняет следующие функции: диагностическую, просветительскую,

учебную, консультативную, прогностическую, развивающую, коммуникативную, поведенческую, воспитательную и досуговую.

Психосоциальная работа с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС, включает в себя следующие направления:

1. социально-психологическая диагностика, которая подразумевает изучение общих сведений о семье, определение психологического типа родителей и выбранной ими модели воспитания ребенка, изучение психологических особенностей ребенка;

2. социально-психологическое консультирование, которое проводится с помощью метода интервью, результат которого направлен на социально-психологическую поддержку семьи;

3. социально-психологическая коррекция, которая осуществляется в двух направлениях: психолого-педагогическое и психокоррекционное [29].

Стоит отметить, что психологу или социальному работнику важно также установить эмоциональный контакт с ребенком, а его родители и близкие должны помочь ему привить навыки социального поведения, развить воображение, навыки общения, формировать умения лучше понимать себя и других, а также снизить уровень тревожности. Именно для этого применяются различные формы и методы психосоциальной работы с семьей.

Психологическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка с РДА и РАС, осуществляется в соответствии со следующими этапами работы:

1. Диагностический этап. Основная цель данного этапа заключается в исследовании взаимоотношений между родителями и их ребенком;

2. Этап принятия, в соответствии с которым, психолог стремится установлению взаимоотношений «родитель-ребенок» посредством оказания психологической помощи родителю в принятии своего ребенка;

3. Коррекционный этап. Основная цель данного этапа заключается в обучении родителей эффективным приемам психологической коррекции исходя из возрастных особенностей и степени выраженности интеллектуальных нарушений их ребенка;

4. Этап поддержки, в соответствии с которым родители могут обратиться к психологу за психологической помощью и поддержкой по вопросам воспитания и обучения их ребенка [30].

Формы психосоциальной работы:

– ознакомление и чтение родителями специальной литературы, рекомендованной психологом;

– проведение индивидуальных и групповых психокоррекционных занятий;

– демонстрация родителям приемов работы с ребенком;

– совместное выполнение домашних заданий родителей со своим ребенком;

– реализация родителями творческих замыслов в работе с ребенком.

Значимую роль в психологическом сопровождении семьи, воспитывающей ребенка с РДА и РАС, играет диагностика семейных взаимоотношений, основным методом которой является беседа. Совместно со сбором анамнестических данных, беседа психолога с родителями может включать вопросы следующего характера.

– «Как Вы отреагировали на то, что у Вашего ребенка имеются проблемы в развитии?»;

– «Являются ли нарушения взаимодействия и общения у ребенка причиной отказа от привычных занятий в Вашей семье, изменения взаимоотношений между членами семьи? (Если да, то, какие именно?)»;

– «Какие трудности, присущие Вашему ребенку, Вы можете выделить?»;

– «Кто из Вас занимается воспитанием и обучением ребенка?»;

– «Каковы Ваши планируемые результаты и ожидания относительно будущего Вашего ребенка?» [16].

Наиболее эффективными методами психосоциальной работы с семьей, воспитывающей ребенка с РДА и РАС, являются следующие:

1. Холдинг-терапия или «удерживающая терапия», в соответствии с которой создается телесный контакт с ребёнком. В соответствии с данным методом, мама (папа) привлекает ребенка и сажает на колени, прижав к себе. Холдинг-терапия может использоваться совместно со сказкотерапией или музыкотерапией. Важно, чтобы в этот момент у ребенка и его родителей был телесный контакт, они должны чувствовать потребность друг в друге;

2. Сказкотерапия – метод, который позволяет воспитывать и корректировать поведение ребенка, а также формировать личность ребенка, развивать его воображение и творческие способности. Кроме того, чтение знакомит ребенка с разными героями, правилами поведения, он проживает разные эмоциональные состояния и учится реагировать на происходящее в зависимости от ситуации [12].

3. Туротерапия подразумевает экскурсии, походы, путешествия. У детей с РАС в процессе туротерапии формируется двигательная активность, развивается чувство общности с другими людьми, формируются новые контакты и связи, расширяются знания;

4. Трудотерапия позволяет сформировать у ребенка потребность в выполнении домашних обязанностей – уборки дома, приготовлении пищи, стирке и т.д. Более того, трудотерапия помогает овладеть элементарными навыками введения домашнего хозяйства.

5. Музыкотерапия позволяет установить контакт родителей с ребенком. Данный метод позитивно воздействует на важнейшие психические функции: развивает внимание, сенсорную интеграцию, улучшает моторику. Групповые занятия помогают развивать навыки социализации, снижают уровень тревожности и агрессии.

Российский психолог В.В. Козлов в статье «Психосоциальная работа с семьей» выделяет следующие формы психосоциальной работы с семьей, имеющей ребенка с РАС:

- рациональная психотерапия;
- психотерапевтическая помощь родителям детей-инвалидов;

– группы повышения родительской эффективности для родителей здоровых детей [22].

Стоит отметить, что нами представлены далеко не все формы и методы, которые может использовать специалист в процессе коррекционной работы с семьей, воспитывающей ребенка с РДА и РАС. При этом важно понимать, что только комплексное использование различных методов может принести положительный результат.

Также в социальной работе выделяют направления, которым требуется дополнительное развитие:

– создание новых социально-психологических центров для детей с РДА и РАС и их семей;

– усовершенствование работы центров социальной реабилитации инвалидов,

– развитие инклюзивного образования для детей с РДА и РАС;

– увеличение числа специалистов, желающих работать с семьями, имеющими детей с РДА и РАС [24].

Особое внимание следует обратить на тот аспект, что родители детей с РДА и РАС в большинстве случаев обращаются к специалистам лишь после того, как отклонения в развитии ребенка становятся очевидными для окружающих. Это происходит из-за того, что родители не могут понять, что представляет собой диагноз «РАС». В информационных источниках множество противоречивых сведений: в одних из них детей с РАС почти приравнивают к одаренным детям, а в других, наоборот, к психически больным людям [37]. Поэтому, оказывая помощь и поддержку родителям детей с РДА и РАС, необходимо рассматривать конкретную семью, особенности развития их ребенка. Родители совместно с психологом и социальным работником, должны увидеть «сильные» и «слабые» стороны ребенка с отклонениями, выбрать основные направления и формы работы, помочь ребенку в адаптации и общении со сверстниками и педагогами.

Однако важно, чтобы в первую очередь, помощь оказывалась именно родителем, так как дети большую часть времени проводят именно с ними.

Психосоциальная работа с семьей, воспитывающей ребенка с РДА и РАС, на сегодняшний день в России находится на стадии развития, однако имеются определенные подходы к ее реализации [10].

В Москве расположен основной Федеральный ресурсный центр помощи детям с РАС, а также на территории России имеются и другие социальные центры, оказывающие услуги в области ранней помощи семьям с детьми с РДА и РАС, такие как «Общероссийская Общественная Организация Инвалидов вследствие психических расстройств и их семей «Новые возможности»», «Ассоциация по развитию ранней помощи», «Центр реабилитации инвалидов детства «Наш солнечный мир»» и т.д. Основной целью данных центров ставится содействие родителям в защите прав детей раннего возраста, а также получение семьями квалифицированной профессиональной помощи и поддержки от специалистов центра через программы ранней помощи.

В настоящее время в России для организации комплексного сопровождения семей с детьми, имеющих диагноз РАС, родителям предлагается четыре программы по оказанию ранней помощи:

1. «Early Start Denver Model», представляющая собой денверскую модель раннего вмешательства для детей с РАС, основу которой составляют стратегии, трансформирующие практически любые повседневные дела, процедуры и режимные моменты в эффективные техники игрового взаимодействия, общения и обучения;
2. программа Early Bird «Ранняя Пташка», предназначенная для родителей, которые только недавно узнали о диагнозе ребенка. Основная цель программы Early Bird заключается в том, чтобы помочь родителям лучше понимать своего ребенка и эффективно помогать ему;
3. программа ASSERT (Autism Support Service: Education, Research, and Training) – «Служба Поддержки для людей с Аутизмом: Обучение,

Исследования и Подготовка Специалистов». Стоит отметить, что программа ASSERT представляет собой интенсивную поведенческую программу для самых маленьких детей, которая помогает подготовить специалистов интенсивных служб ранней помощи. Данная программа сочетает в себе основные компоненты прикладного анализа поведения (ABA) и является функционирующей современной базой для обучения поведенческих аналитиков, эффективность которой доказана на практике;

4. программа «Каролина» для младенцев и детей младшего возраста с особыми потребностями, которую можно использовать как в специальных центрах, так и в домашних условиях. Программа может использоваться родителями и широким кругом профессионалов, хотя предполагается, что родители и профессионалы более широкого профиля могут использовать эту программу только под руководством специалистов в области раннего вмешательства [8].

Специалисты центров психолого-педагогической помощи и сопровождения семей с детьми с РАС в России владеют диагностическими методиками, направленными на выявление особенностей развития ребенка в раннем детском возрасте:

– «Интервью для диагностики аутизма» ADI-R (опрос родителей);

– M-CHAT – модифицированный скрининговый тест для детей раннего возраста, который применяется с 16 до 30 месяцев, и направлен на выявление детей, которые нуждаются во внимательной диагностике сложностей в развитии, в том числе диагностике, направленной на выявление симптомов аутизма.;

– метод непосредственного наблюдения за поведением ребенка от 24-35 месяцев STAR, или до 18 месяцев AOSI;

– диагностическое наблюдение ADOS ментальный возраст не менее 15 месяцев;

– метод непосредственного наблюдения ADOS-2, имеющий модуль T, используемый для обследования детей ясельного возраста, который

применяется для детей от 30 месяцев, которые могут ходить или в состоянии сделать несколько шагов самостоятельно, а также чей невербальный ментальный возраст не менее 12 месяцев;

– диагностический тест АТЕК, позволяющий самостоятельно отслеживать динамику развития ребенка родителями, используемый для оценки динамики улучшений детей с РАС [26].

Таким образом, можно сказать, что в России осуществляется психосоциальная работа с семьями, воспитывающими ребенка с РДА и РАС, ресурсные центры помощи родителям и детям используют в своей деятельности современные программы по оказанию ранней помощи и эффективные диагностические методики.

За рубежом психосоциальная помощь имеет долгую историю и достигла больших успехов, зарубежные специалисты используют различные формы и методы психосоциальной работы с семьей, имеющей ребенка с РАС.

После Второй мировой войны для помощи детям с РАС применялись психофармакологические средства, однако положительного эффекта выявлено не было. Более того, негативное отношение к медикаментозному лечению привело к переосмыслению принадлежности РАС, и данный диагноз был признан особым вариантом нарушения психического развития. В 60-х годах 20-го века появилось большое число новых психосоциальных и педагогических подходов, при этом, если некоторые из них представляли собой адаптированные варианты уже существовавших методов, то другие были разработаны специально для обучения, воспитания детей с РАС и помощи их семьям.

Наиболее распространенными из них стал метод поведенческого анализа. Сторонники поведенческой терапии нацелены на формирование самостоятельности у ребенка в его повседневной жизни, что в свою очередь решает множество проблем. Более того, данный подход помогает адаптировать ребенка и его семью к окружающему миру, обучает ребенка

навыкам самообслуживания, а также направлен на изменение всех сфер жизни ребенка на продолжительный срок, поэтому нужно быть уверенным в том, что семья будет работать в том же направлении, что и специалист.

Поведенческая терапия подразделяется на два направления: оперантное обучение и TEACCH [28].

1) «Лечение обучением» (TEACCH) – программа, направленная на преодоление социально-бытовых барьеров ребенка с РАС при помощи организации внешней среды. Занятия по данной программе должны проходить в комнате, которая поделена на зоны, в каждой из которых ребенок учится отдельным навыкам и умениям. Целью обучения по данной программе ставится достижение самостоятельности, самореализации и высокого качества жизни. Более того, акцент делается на способности ребенка сосредоточиваться на задании и оставаться на месте. В данной программе идет работа по функциональным сферам и коррекции поведения: крупная и мелкая моторика, координация рук и глаз, имитация, восприятие, речь, социальная сфера, самообслуживание, познавательная деятельность. Для каждой сферы имеются отдельные книги с рекомендациями, оценочными листами и заданиями.

2) Оперантное обучение, которое предполагает создание необходимых условий, формирующих позитивное поведение детей с РАС в различных аспектах: социально-бытовом, речевом и образовательном. Все это происходит путем отработки отдельных операций с их последующим объединением. Обучение подбирается индивидуально под конкретного ребенка, однако существует опасность зависимости от организованной ситуации, поскольку, попадая в другую среду, ребенок может оказаться беспомощным.

Несмотря на сходство определенных принципов и особенностей TEACCH-программы и оперантного обучения, между ними имеются определенные различия. По мнению сторонников TEACCH-программы,

следует направлять усилия на развитие невербальных форм коммуникации и на формирование простых бытовых навыков.

Стоит отметить, что появление данных методов положило начало развитию систем помощи детям с РАС сначала в Северной Америке и Западной Европе, а немного позднее и в других частях света.

Одной из распространенных форм психосоциальной работы с семьей, воспитывающей ребенка с РАС, в Японии является «терапия повседневной жизни», которая подразумевает групповое обучение. Идея данного подхода – установление тесных связей между ребенком и его семьей, учителями и сверстниками в процессе осуществления определенной деятельности. Все виды деятельности – групповые и структурированные, а также сам процесс обучения проводится от ребенка к ребенку через повторение и имитацию. При этом, индивидуальным достижениям ребенка с РАС не уделяется должного внимания, поскольку в основном акцент делается на учебное расписание, которое в основном состоит из физических упражнений и творческой деятельности. Кроме того, в соответствии с данной формой работы, считается, что именно физические упражнение полезны для детей с РАС, особенно для снижения уровня аутостимуляции, улучшения внимания и способности к обучению. По данной форме была создана школа в городе Бостон (США). Однако от японской модели обучение детей с РАС в Америке отличается отсутствием участия родителей в учебном процессе и подчеркиванием индивидуальных особенностей ребенка [16].

В 20-м веке, помимо оперантного метода, TEACCH-программы и «терапии повседневной жизни» для помощи семье, имеющей ребенка с РАС, использовались еще множество различных подходов, методов и форм. Однако считалось, что применение одного из них, как правило, исключает использование других. Вместе с тем, ни один из них не давал полной гарантии, что ребенок с РАС и его семья будут жить полноценной жизнью.

В современном мире одной из передовых стран по оказанию психосоциальной помощи семье, воспитывающей ребенка с синдромом

раннего аутизма, является Дания. В оказании помощи семье принимает прямое участие Министерство образования и Министерство социальной защиты. Более того, в Дании создан Центр аутизма, в состав которого входят социальная школа, ферма, мастерские, дома-интернаты. Центр аутизма рассматривается как научный и методический центр по проблеме аутизма, который оказывает все возможные виды помощи другим учреждениям. Деятельность данного центра контролируется Советом Национальной аутистической ассоциации. Все остальные учреждения, оказывающие помощь лицам с аутизмом и их семьям, находятся в подчинении округов, где также есть дома-интернаты, мастерские, специализированные классы в школах, детские сады с группами для детей с РАС. Данная система работы с семьями, имеющими ребенка с РАС, плодотворна влияет прежде всего из-за гуманного отношения к детям с РАС и членам его семьи, однако следует учитывать тот аспект, что нельзя требовать от ребенка больше, чем он может, так как это может обидеть его, ущемить его человеческое достоинство, нарушить его человеческие права.

Организация помощи детям с РАС и их семьям выглядит иначе в Швеции, где в каждом округе предлагаются различные услуги в рамках множества подходов – от психоанализа до оперантного обучения и TEACCH-программы. Шведскую систему отличает разнообразие, высокий уровень медицинского обслуживания, использование различных методов, форм и подходов.

Следовательно, можно сказать, что психосоциальная работа в России и за рубежом в 21-веке характеризуется несколькими особенностями в развитии помощи семье, имеющей ребенка с РДА и РАС:

1. Во многих странах, где ранее не уделялось достаточного внимания детям с РАС и их семьям, появляются различные методы и формы психологической, социальной и педагогической помощи;

2. С каждым годом все больше осознается необходимость в изучении проблем семей, воспитывающих детей с РДА и РАС, и пути их решения;

3. Семья играет важнейшую роль в самореализации и адаптации к окружающему миру ребенка с нарушениями в развитии;

4. Все системы помощи детям в той или иной степени ориентируются на тесное взаимодействие с родителями;

5. Оказание психосоциальной помощи семьям, воспитывающим ребенка с РДА и РАС, позволит решить проблемы личностного и межличностного характера, а также поможет принимать ребенка таким, какой он есть.

Таким образом, можно сделать вывод, что психосоциальная работа с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС, направлена на создание благоприятного психоэмоционального климата в семьях, воспитывающих ребенка, а также формирование знаний родителей по возрастной и специальной психологии. Кроме того, психосоциальная работа с семьей включает в себя социально-психологическую диагностику, социально-психологическое консультирование, а также социально-психологическую коррекцию, осуществляемую в двух направлениях – психолого-педагогическое и психокоррекционное.

Психосоциальная работа с семьей, воспитывающей ребенка с РДА и РАС, в России находится на стадии развития, однако на территории страны функционируют центры социальной помощи родителям, имеющим ребенка с РДА и РАС, которые используют в своей деятельности современные программы по оказанию ранней помощи и эффективные диагностические методики. За рубежом развитие психосоциальной работы с семьей, воспитывающей ребенка с РАС, началось намного раньше, чем в России, в связи с чем, происходит активное внедрение новых современных программ и методов.

Глава 2. Анализ инновационных форм психосоциальной работы с семьей, имеющей ребенка с синдромом раннего аутизма

2.1. Сравнительный анализ применения инновационных форм психосоциальной работы с семьей, имеющей ребенка с синдромом раннего аутизма, в учреждениях и организациях разного типа

Для сравнительного анализа применения инновационных форм психосоциальной работы с семьей, имеющей ребенка с синдромом раннего аутизма, были выбраны следующие организации:

– Государственное казенное учреждение социального обслуживания «Волгоградский областной центр психолого-педагогической помощи населению»;

– Автономная некоммерческая организация социальной поддержки семьи «Семья» г. Волгограда.

ГКУ СО «Волгоградский областной ЦППРН» создан 10.02.2002г. Руководителем данного Учреждения является Саввина Марина Николаевна. ГКУ СО «Волгоградский областной ЦППРН» является организацией, предназначенной для предоставления социальных услуг гражданам, в том числе имеющим детей, нуждающихся в социальном обслуживании, в целях обеспечения психологической защищенности населения, создания благоприятных социально-педагогических и социально-психологических условий для комплексного воспитания детей.

АНО СПС «Семья» создана 13.05.2014 г. Руководителем данной организации является Терещук Ирина Витальевна. АНО СПС «Семья» оказывает социальные услуги отдельным гражданам, семьям, семьям с детьми, несовершеннолетним (социально-психологические, социально-педагогические, социально-правовые, социально-бытовые, социально-медицинские), а также реализует программы, проекты, мероприятия в сфере защиты и поддержки семьи, материнства, отцовства и детства, в том числе, многодетных семей, семей, воспитывающих приемных детей, и семей,

находящихся в трудной жизненной ситуации. Также организация организует работу по ранней профилактике семейного неблагополучия, организует работу по социальной реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями и их родителей либо законных представителей, проводит информационно-просветительские мероприятия, направленные на распространение современных знаний в области защиты семьи и детства.

Для получения необходимой информации были проведены экспертный опрос и анкетный опрос.

Экспертный опрос даст возможность выявить формы проведения психокоррекционных занятий как с родителями, так и родителей совместно с детьми (бланк экспертного опроса представлен в Приложении 1). Экспертами выступили Саввина Марина Николаевна, руководитель ГКУ СО «Волгоградский областной ЦППМН», и Терещук Ирина Витальевна, руководитель АНО СПС «Семья».

Анкетирование специалистов было направлено на анализ применения инновационных форм психосоциальной работы с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС. В анкетировании приняли участие 10 специалистов в возрасте от 25 до 47 лет. Анкета представлена в Приложении 3.

Проанализируем результаты экспертного опроса руководителей организаций психолого-педагогической помощи и поддержки семей, имеющих ребенка с РДА и РАС.

При ответе на вопрос «Руководствуетесь ли Вы социальным обслуживанием семей по участковому принципу?» было установлено, что руководители ГКУ СО «Волгоградский областной ЦППМН» и АНО СПС «Семья» в своей деятельности придерживаются участкового принципа работы, поскольку в центре созданы специальные участковые социальные службы, которые по результатам обследования подведомственной территории и данным, полученным от учреждений здравоохранения, школьных учителей и социальных педагогов, участковых и т.д., их сотрудники проводят социальное обслуживание семей, имеющих ребенка с

РДА и РАС по непосредственному месту их жительства. Кроме того, испытуемые ответили, что участковый принцип является одной из инновационных форм работы с семьями, имеющих ребенка с РДА и РАС, поскольку ключевой целью ставится оказание эффективной помощи семьям по месту ее проживания. Как инновационные формы испытуемые также выделили новые современные способы взаимодействия с семьями, которые помогут им устранить трудности воспитания ребенка с ранним детским аутизмом.

При ответе на вопрос «Использует ли Ваша организация в своей деятельности технологию «Сеть социальных контактов?» было установлено, что руководители ГКУ СО «Волгоградский областной ЦПППН» не использует в практической деятельности технологии «Сеть социальных контактов», суть которой заключается в работе с сетью социальных контактов людей, которые обращаются за помощью в социальные службы, а также осуществлении сетевой диагностики, разработки сетевой карты и проведении сетевой терапии с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС. Руководитель АНО СПС «Семья» требует от своих подчиненных использовать технологию «Сеть социальных контактов», поскольку она позволяет упростить и упорядочить совместно с родителями жизненную ситуацию и социальное окружение на основе разработки и анализа сетевой карты.

При ответе на вопрос «В ходе осуществления психосоциальной работы с семьей, использует ли Ваша организация информационный ресурс «Электронный паспорт семьи», содержащий сведения о данных семьях для успешного решения их проблем?» было установлено, что руководители ГКУ СО «Волгоградский областной ЦПППН» и АНО СПС «Семья» не используют в психосоциальные работы с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС, информационный ресурс «Электронный паспорт семьи», поскольку не владеют информацией о данном направлении инновационного технологического обеспечения семей.

При этом здесь считаем необходимым отметить, что подобный опыт мог бы иметь место в деятельности исследуемых нами учреждений, так как специалисты АНО СПС «Семья» приглашались для работы с детьми с РАС в Общество с ограниченной ответственностью «Реацентр Волгоградский» (поскольку центр лицензирован Комитетом здравоохранения Волгоградской области, он не вошел в нашу работу в качестве базы исследования), в работе которого используется информационный ресурс «Электронный паспорт семьи», позволяющий на основе имеющихся данных о семьях создавать адресные программы, направленные на решение их проблем, исходя из потребности конкретной семьи, имеющей ребенка с РДА и РАС, при оказании различных видов помощи, а также разрабатывать и реализовывать эффективные алгоритмы работы с семьями с участием всех заинтересованных структур и подразделений.

При ответе на вопрос «Проводит ли Ваша организация индивидуальное обучение родителей воспитательным приемам, необходимым для коррекции личности ребенка с РДА и РАС?» было установлено, что оба руководителя требуют от своего персонала использовать в своей деятельности индивидуальную форму обучения родителей основным воспитательным приемам. Кроме того, руководители указали, что в процессе индивидуального обучения родителей основным воспитательным приемам необходимо ориентироваться на такие методы как АВА-терапия, основанной на выявлении факторов, влияющих на поведение родителей с целью его коррекции, опросник M-CHAT-R, направленный на выявление характера нарушений ребенка и поведение родителей в процессе осуществления воспитательно-образовательной деятельности.

При ответе на вопрос «Использует ли Ваша организация в процессе коррекционной деятельности такие методы, как «холдинг-терапия», предметотерапия, TEACCH-терапию?» было установлено, что руководитель АНО СПС «Семья» в своей ориентирует сотрудников на использование метода предметотерапии, поскольку считает, что именно он направлен на

обучение родителей, имеющих ребенка с РДА и РАС, комплексной деятельности всех систем восприятия и анализа чувственной информации, улучшение координации и баланса сигналов различных сенсорных реакций детей на ту или иную ситуацию. Руководитель ГКУ СО «Волгоградский областной ЦПППН» ориентирует своих сотрудников использовать в своей работе метод TEACCH-терапии, поскольку они стремятся осуществить интегрированное освоение трех базовых программ: осмысление своих и чужих эмоций, овладение системой получения и обработки внешней информации, формирование игровых умений.

При ответе на вопрос «Осуществляет ли Ваша организация коррекцию неадекватных поведенческих реакций родителей в отношении своих детей? Если да, то какие методы для этого Вы используете?» было установлено, что руководители АНО СПС «Семья» и ГКУ СО «Волгоградский областной ЦПППН» для коррекции неадекватных поведенческих реакций родителей в отношении своих детей ориентируют своих специалистов на использование методики проработки эмоциональной сферы, в соответствии с которой специалисты их учреждений учат родителей использовать в воспитательной деятельности с детьми определенную систему подсказок, приемы физической помощи, а также упражнения на понимание и распознавания эмоционального состояния ребенка.

При ответе на вопрос «Даете ли Вы распоряжение, чтобы Ваши сотрудники организовывали индивидуальные и групповые психокоррекционные занятия, как с родителями, так и совместно с детьми?» было установлено, что руководители АНО СПС «Семья» и ГКУ СО «Волгоградский областной ЦПППН» дают распоряжение сотрудникам регулярно организовывать индивидуальные и групповые психокоррекционные занятия с родителями и детьми с РДА и РАС, а также психотренинг «Грамматика общения», основанный на овладении доступными им навыками коммуникации и потенциальными возможностями взаимодействия.

При ответе на вопрос «Проводит ли Ваша организация с родителями, имеющими ребенка с РДА и РАС, психосоциальную работу в формате детско-родительской группы?» было установлено, что АНО СПС «Семья» и ГКУ СО «Волгоградский областной ЦПППН» не используют детско-родительскую группу, поскольку не знакомы с данным форматом взаимодействия родителей и детей.

При ответе на вопрос «Организуете ли Вы спортивные семейные фестивали и состязания среди семей, имеющих ребенка с РДА и РАС?» руководители указали, что дают распоряжение на проведение подобных мероприятия с целью привлечения родителей и их детей к совместному виду деятельности.

При ответе на вопрос «Использует ли Ваша организация в психосоциальной работе с семьей программу групповой работы? Если да, то какие приемы для этого использует?» руководители отметили, что дают распоряжение своим сотрудникам ориентироваться на программу групповой работы с родителями, а также использовать такое направление групповой работы, как телесно-ориентированная терапия, суть которой заключается в установлении телесного контакта родителей с детьми, формировании умений детей улыбаться, фиксировать взгляд на другом человеке.

Проанализируем результаты проведенного анкетирования специалистов на предмет применения ими инновационных форм психосоциальной работы с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС.

При ответе на вопрос «Организуете ли Вы для семей, имеющих ребенка с РДА и РАС, индивидуальные и групповые занятия?» было установлено, что 70% респондентов (семь сотрудников) регулярно проводят с родителями, имеющих ребенка с РДА и РАС, индивидуальные и групповые занятия, 30% специалистов (три сотрудника) не проводят с родителями, имеющих ребенка с РДА и РАС, индивидуальные и групповые занятия, а занимаются оказанием дистанционной помощи посредством использования телефонной связи и Интернет-ресурсов.

При ответе на вопрос «Используете ли Вы при взаимодействии с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС, метод «холдинг-терапии было установлено, что 40% (четыре специалиста) никогда не используют в работе с родителями, имеющих ребенка с РДА и РАС, метод «холдинг-терапии», поскольку не знакомы с ним. 30% (три специалиста) регулярно используют в работе с родителями, имеющих ребенка с РДА и РАС, метод «холдинг-терапии», поскольку считают, что именно он направлен на эффективное восстановление эмоциональной сферы родителей, так как способствует формированию тесного контакта родителей с ребенком. 30% (три специалиста) используют в работе с родителями, имеющими ребенка с РДА и РАС, метод «холдинг-терапии», но недостаточно часто, объясняя это большим объемом работы.

При ответе на вопрос «Используете ли Вы при проведении занятий с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС, метод предметотерапии?» было установлено, что 50% (пять специалистов) не всегда используют в своей работе с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС, метод предметотерапии, поскольку обладают неполными знаниями относительного того, каким образом осуществлять интерпретацию полученных сигналов мозга от нервной системы при использовании данного метода. 30% (три специалиста) регулярно используют в своей работе с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС, метод предметотерапии, поскольку считают, что указанный метод эффективен для создания родителями комфортных условий при взаимодействии с ребенком на основе результатов сенсорной интеграции и стимуляции. 20% (два специалиста) не используют в своей работе с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС, метод предметотерапии, поскольку не знакомы с его содержанием.

При ответе на вопрос «Используете ли Вы при проведении занятий с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС, метод TEACCH-терапию?» было установлено, что 40% (четыре специалиста) не всегда при проведении занятий с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС, используют метод

TEACCH-терапию, поскольку затрудняются в подборе упражнений для родителей в процессе выполнения определенных ритуалов с целью создания комфортной среды с ребенком. 50% (пять специалистов) не используют при проведении занятий с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС, метод TEACCH-терапию, поскольку не знакомы с ним. Один специалист при проведении занятий с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС, регулярно использует метод TEACCH-терапию, поскольку считает, что именно он способствует созданию тесного контакта родителей с ребенком, а также формированию полноценной коммуникативной связи, основанной на полном понимании.

При ответе на вопрос «Используете ли Вы при работе с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС, программу Son-Rise?» было установлено, что 60% испытуемых (шеть специалистов) не используют работе с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС, программу Son-Rise, поскольку не обладают достаточными знаниями о ее применении. 40% испытуемых (четыре специалиста) не всегда используют работе с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС, программу Son-Rise, поскольку имеют некоторые трудности при ее использовании, связанные с подбором упражнений для родителей и их детей, а также в освоении навыков родителей повторять за стереотипами поведения своего ребенка.

При ответе на вопрос «Используете ли Вы при работе с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС, АВА-терапию с целью выявления факторов, влияющих на поведение родителей для дальнейшей коррекционной работы?» было установлено, что 70% испытуемых (семь специалистов) не всегда используют работе с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС, АВА-терапию, поскольку имеют трудности в процессе анализа поведения ребенка и подборке заданий на коррекцию его реакций. 30% испытуемых (три специалиста) не используют работе с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС, АВА-терапию, поскольку не знакомы с данным методом.

При ответе на вопрос «Для разрешения проблем семьи, имеющей ребенка с РДА и РАС, взаимодействуете ли Вы с другими организациями, направленными на обеспечение безопасности и оказание помощи таким семьям?», было установлено, что 60% испытуемых (шеть специалистов) взаимодействуют с органами социальной защиты населения, полицией, министерством здравоохранения, отделом по делам несовершеннолетних для более точного формирования плана дальнейшей деятельности при работе с семьями, имеющих ребенка с РДА и РАС. 40% испытуемых (четыре специалиста) не взаимодействуют с организациями, направленными на обеспечение безопасности и оказание помощи таким семьям, а работают самостоятельно в данном направлении.

При ответе на вопрос «При проведении занятий с семьями, имеющих ребенка с РДА и РАС, используете ли Вы в своей деятельности метод альтернативной коммуникации и развития речи PECS?» было установлено, что 50% испытуемых (пять специалистов) не используют в своей деятельности метод альтернативной коммуникации и развития речи PECS, поскольку не знакомы с данным инновационным методом, используемом при проведении занятий с семьями, имеющих ребенка с РДА и РАС. 30% испытуемых (три специалиста) не всегда используют в своей деятельности метод альтернативной коммуникации и развития речи PECS, поскольку имеют некоторые трудности в подборе упражнений, направленных на осуществление самовыражения и конструктивного общения родителей и ребенка. 20% испытуемых (два специалиста) всегда используют в своей деятельности метод альтернативной коммуникации и развития речи PECS, поскольку считают, что он является одним из наиболее эффективных методов, способствующему устранить родителям собственные страхи, а также осуществить контроль негативных эмоций своих детей.

При ответе на вопрос «При работе с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС, используете ли Вы метод сетевой терапии?» было установлено, что 60% испытуемых (шесть специалистов) не используют метод сетевой

терапии при работе с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС, поскольку не знакомы с данным методом. 40% испытуемых (четыре специалиста) не всегда используют метод сетевой терапии при работе с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС, поскольку имеют трудности в разработке сетевых карт, подборе диагностирующего материала для родителей и их детей.

При ответе на вопрос «Для осуществления помощи семьям, имеющих ребенка с РДА и РАС, проводите ли Вы обучение родителей с целью коррекции неадекватного поведения ребенка?» было установлено, что 80% испытуемых (восемь специалистов) в большинстве случаев проводят обучение родителей с целью коррекции неадекватного поведения их ребенка, поскольку это помогает в установлении коммуникативной деятельности родителей и ребенка, а также коррекции эмоциональной сферы и поведения ребенка. 20% испытуемых (два специалиста) не регулярно проводят обучение родителей с целью коррекции неадекватного поведения их ребенка.

При ответе на вопрос «В процессе осуществления воспитательно-образовательной деятельности с родителями, имеющими ребенка с РДА и РАС, используете ли Вы современные опросники или какой-либо иной диагностирующий материал?» было установлено, что 70% испытуемых (семь специалистов) в качестве опросников или иного диагностирующего материала используют анкеты для родителей, методику исследования родительских установок и реакций (PARY), направленных на выявление отношения родителей к своему ребенку, а также определение ключевых проблем при взаимодействии родителя и ребенка. 30% испытуемых (три специалиста) в практической деятельности используют диагностику, направленную на выявление особенностей детско-родительского взаимодействия (опросник «Взаимодействие родитель-ребенок») и анкеты, предназначенные для родителей, имеющих ребенка с РДА и РАС.

При ответе на вопрос «С целью формирования навыков родителей взаимодействовать со своими детьми, проводите ли Вы совместные социально-психологический тренинги?» было установлено, что абсолютно

все специалисты проводят с родителями и их детьми совместные социально-психологический тренинги, такие как «Играем вместе с детьми», «Наша жизнь» и т.д.

Таким образом, по результатам проведенного сравнительного анализа применения инновационных форм психосоциальной работы с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС, среди руководителей ГКУ СО «Волгоградский областной ЦПППН» и АНО «Семья» установлено, что каждый руководитель данных организаций направляет своих сотрудников использовать различные формы психосоциальной работы с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС. Так, например, ГКУ СО «Волгоградский областной ЦПППН» в большей степени ориентирован на метод TEACCH-терапии, направленный на осуществление интегрированного освоения трех базовых программ: осмысление своих и чужих эмоций, овладение системой получения и обработки внешней информации, формирование игровых умений, технологию «Незаконченное дело», а также использует игровые приемы и социально-психологический тренинг в процессе реализации индивидуальных и групповых психокоррекционных занятий с родителями и их детьми. В психосоциальной работе АНО «Семья» в большей степени преобладает метод предметотерапии, направленный на обучение родителей, имеющих ребенка с РДА и РАС, комплексной деятельности всех систем восприятия и анализа чувственной информации, метод группы встреч. Следовательно, можно сказать, что руководитель ГКУ СО «Волгоградский областной ЦПППН», выполняя функции управления и координации областного центра психолого-педагогической помощи населению, основанному значительно раньше, чем АНО «Семья», знаком с большим количеством инновационных форм психосоциальной работы с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС, однако не всегда может осуществить контроль за тем, используют ли их сотрудники в процессе оказания психологической помощи родителям.

По результатам проведенного анкетирования среди специалистов на анализ применения ими инновационных форм психосоциальной работы с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС, было установлено, что большая часть специалистов редко использует в своей работе инновационные формы психосоциальной работы или вовсе не использует, поскольку имеют некоторые трудности в процессе анализа поведения ребенка и подборке заданий на коррекцию его реакций. Наиболее распространенными формами психосоциальной работы с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС, среди специалистов являются индивидуальные и групповые занятия, методы «холдинг-терапии», предметотерапию, TEACCH-терапию, а также совместные социально-психологический тренинги.

Таким образом, сравнительный анализ применения инновационных форм психосоциальной работы с семьей, имеющей ребенка с синдромом раннего аутизма, в учреждениях и организациях разного типа показал, руководители данных организаций направляют своих сотрудников использовать различные формы психосоциальной работы с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС, однако специалисты обладают неполными знаниями относительно их использования.

2.2. Специфика форм психосоциальной работы с семьей, имеющей ребенка с синдромом раннего аутизма, в учреждениях социального обслуживания

ГКУ СО «Волгоградский областной ЦПППН» осуществляет свою деятельность на основании следующих документов:

– Федеральный закон от 28.12.2013 №442-ФЗ (ред.от 21.07.2014) «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»;

– Порядок предоставления социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания гражданам пожилого возраста и инвалидам в организациях социального обслуживания Волгоградской области, утвержденный приказом комитета социальной защиты населения Волгоградской области от 15.09.2021 №1930 [2];

– Положение о порядке организации предоставления психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи обучающимся, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, своем развитии и социальной адаптации от 20.06.2017 № 118/1 [3].

«Порядок предоставления социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания гражданам пожилого возраста и инвалидам в организациях социального обслуживания Волгоградской области, утвержденный приказом комитета социальной защиты населения Волгоградской области от 15.09.2021 №1930» включает в себя перечень оказываемых в центре услуг, направленных на реализацию психосоциальной работы с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС, к которым относятся:

– социально-бытовые, которые направлены на поддержание жизнедеятельности и первичных потребностей;

– социально-медицинские, нацеленные на поддержание здоровья;

– социально-психологические, которые предусматривают коррекцию психологического состояния клиента и его семьи;

– социально-педагогические, направленные на профилактику отклонений в поведении и развитии личности;

– социально-правовые, которые предусматривают использование и реализацию трудовых возможностей клиента;

– социально-трудовые, направленные на получение юридической помощи;

– а также услуги позволяющие повысить коммуникативный потенциал клиента.

Кроме того, данная Программа содержит информацию о том, что на территории ГКУ СО «Волгоградский областной ЦППМН» действует «Семейно-консультативный пункт», который предоставляет консультационные услуги для вовлечения родителей в процесс воспитания и обучения детей с РДА и РАС, а также осуществляет коррекционно-развивающую работу.

Основной целью ГКУ СО «Волгоградский областной ЦППМН» является предоставление социальных услуг гражданам, в том числе семьям с детьми, признанным нуждающимися в социальном обслуживании, для поддержки и укрепления их психического здоровья, реализации их законных прав и интересов, создания благоприятных психолого-педагогических условий для воспитания, развития и социализации детей, а также для устранения обстоятельств, ухудшающих условия их жизнедеятельности, для преодоления или снижения остроты социальных проблем, лежащих в основе сложившейся жизненной ситуации, реализации их законных прав и интересов.

В соответствии с целями и направлениями деятельности в ГКУ СО «Волгоградский областной ЦППМН» действуют следующие службы и подразделения: отделение приема граждан, социального сопровождения и организационно-технической работы; служба срочного социального обслуживания; консультативное отделение; отделение психолого-педагогической помощи; организационно-методическое отделение.

Основные направления деятельности ГКУ СО «Волгоградский областной ЦППППН»:

- информирование граждан по вопросам предоставления социального обслуживания;
- организации приема граждан, ведения учета получателей социальных услуг и обеспечения организационно-технического и методического сопровождения процесса предоставления социальных услуг;
- мониторинг социальной и демографической ситуации, уровня социально-экономического благополучия граждан на территории обслуживания;
- выявление и профилактика причин, способствующих ухудшению условий жизнедеятельности граждан и семей с детьми на территории обслуживания;
- формирование, ведение и постоянное обновление регистра получателей социальных услуг, оказываемых учреждением с учетом установленных законодательством Российской Федерации требований к обеспечению конфиденциальности и безопасности информации;
- разработка и распространение методических и информационных материалов по актуальным вопросам социального обслуживания населения;
- организация информирования населения, в том числе с использованием социальной рекламы и средств массовой информации о деятельности Учреждения, по актуальным социально-психологическим и социально-педагогическим проблемам;
- анализ обращений в учреждение с целью выявления динамики происходящих изменений и тенденций в обществе и разработке предложений по совершенствованию психолого-педагогической поддержки населения;
- формирование отчетности по учреждению, а также ведение и систематизация различных баз данных;

– организация и проведение мероприятий по повышению профессионального уровня работников Учреждения, увеличению объема предоставляемых социальных услуг и улучшению их качества.

Благодаря реализации Федерального закона от 28.12.2013 №442-ФЗ (ред.от 21.07.2014) «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» на базе ГКУ СО «Волгоградский областной ЦПППН» была открыта «Справочно-информационная служба», которая позволяет нуждающимся семьям, а также специалистам социальной защиты получить информацию связанную с оказанием социальных услуг.

Основными формами психосоциальной работы с семьей в ГКУ СО «Волгоградский областной ЦПППН» являются экстренная помощь семье; индивидуальные и семейные консультации; группы психологической поддержки (тренинги).

Основными задачами психосоциальной работы с семьей являются:

– предоставление родителям профессиональной информации о психических нарушениях детей с РДА и РАС, их проявлениях, диагностике и лечении;

– формирование знаний об особенностях развития и воспитания детей с РДА и РАС;

– предоставление психологической помощи и поддержки родителям, воспитывающим детей с РДА и РАС;

– формирование навыков эффективного общения и обмена опытом в воспитании детей между родителями, воспитывающих детей с РДА и РАС;

– обучение родителей психологическим приемам коррекции взаимоотношений с детьми с РДА и РАС, а также собственного эмоционально-психологического состояния;

– использование игровых упражнений и заданий для формирования умений родителей привлекать и удерживать внимание ребенка;

– психолого-педагогическое сопровождение родителей и детей с РДА и РАС;

– формирование жизненных компетенций у родителей и их детей;

– формирование специальных педагогических условий для детей, имеющих нарушения;

– проведение диагностики с семьей, анализ текущего состояния и выявление проблем;

– информирование родителей о развитии и внутренней эмоциональной жизни ребенка;

– обеспечение конкретного понимания родителями симптомов или происходящих изменений в поведении ребенка;

– прояснение как собственных проблемных взаимодействий родителей, так и их взаимодействий с ребенком;

– родительское просвещение – организация семинаров, выпуск памяток, буклетов, участие в родительских собраниях.

Цель работы с родителями в ГКУ СО «Волгоградский областной ЦППМН» – повышение родительской компетентности для решения проблем обучения, воспитания и развития ребенка с РДА и РАС, эффективного взаимодействия семьи и социума.

Основные задачи работы с родителями:

– получение достоверной информации об особенностях и уровне развития ребенка;

– формирование адекватных детско-родительских отношений;

– формирование у родителей навыков работы с ребенком с целью их генерализации в условиях повседневной жизни;

– информационная поддержка по вопросам развития, обучения и воспитания ребёнка;

– социальная и психологическая поддержка.

Кроме того, инновационными формами и методами психосоциальной работы с семьями, имеющих ребенка с РДА и РАС, используемые в ГКУ СО «Волгоградский областной ЦППМН» являются:

– «холдинг-терапия» для установления родителями взаимного телесного контакта с детьми;

– социально-психологический тренинг;

– тренинги-ситуации;

– АВА-терапия, основанной на выявлении факторов, влияющих на поведение родителей с целью его коррекции;

– опросник M-CHAT-R и др.

Интервью, проведенное с родителями, воспитывающими ребенка с РДА и РАС, позволило определить, нуждаются ли их семьи в инновационных формах психосоциальной работе, а также выявить трудности родителей в процессе воспитания «особенных» детей (см. п.п. 2.1.).

При ответе на вопрос «Как Вы считаете, нуждаетесь ли Вы в психосоциальной помощи специалистов по воспитанию ребёнка с РДА и РАС?» все родители указали на то, что нуждаются в психосоциальной помощи, что обусловлено наличием проблем и трудностей воспитания ребенка с ранним детским аутизмом.

При ответе на вопрос «Обладаете ли Вы знаниями в отношении воспитания ребенка с РДА и РАС?» двое родителей указали, что имеют знания о воспитании ребенка с РДА и РАС. Трое родителей обладают некоторыми знаниями воспитания ребенка с РДА и РАС, но в большинстве случаев не могут объяснить поведения и действия своего ребенка с точки зрения логики. Один родитель не имеет знаний относительно воспитания своего ребенка, но хотел бы их получить.

При ответе на вопрос «Испытываете ли Вы трудности в воспитании ребенка с РДА и РАС?», все родители ответили, что имеют трудности воспитания ребёнка с РДА и РАС. Кроме того, в процессе воспитания и обучения родители в большинстве случаев ждут положительного результата, но так как результата нет, то они «опускают руки» и приходят в отчаяние. Следовательно, необходимо развитие внимания детей к проявлениям

родителей и специальная помощь в понимании ситуаций, происходящих с другими людьми, их взаимоотношений.

При ответе на вопрос «В чем именно заключаются Ваши трудности?» было установлено, что трое родителей не удовлетворены общением со своим ребенком, они чувствуют свою ненужность, невостребованность в общении с ребенком, и, как следствие, растерянность, тревогу, неуверенность в своей родительской состоятельности. Двое родителей имеют трудности управления поведением ребенка. Данные трудности выражаются в купировании деструктивного поведения ребенка, а также управлении поведением ребенка «на людях», когда риск получения негативной оценки со стороны социума обостряет самообвинительные реакции взрослого, вызывая чувства несостоятельности и беспомощности. У одного родителя имеются трудности, связанные с изменением жизненных планов, нарушением ожиданий родителя, поскольку перспектива отказа от реализации своих жизненных планов зачастую приводит к депрессивным состояниям, конфликтным ситуациям и трудноразрешимым спорам между отцом и матерью.

При ответе на вопрос «Хотели бы Вы, чтобы учреждения социальной помощи проводили индивидуальные и групповые психокоррекционные занятия как с родителями, так и совместно с детьми?» все родители ответили, что хотели бы принять участие в индивидуальных и групповых психокоррекционных занятиях с родителями и совместно с детьми, поскольку считают, что обмен опытом и квалифицированная помощь специалиста облегчит трудности воспитания их ребенка.

При ответе на вопрос «Чему бы Вы хотели научиться на подобных занятиях?» трое родителей ответили, что хотели бы научиться эффективным способам и методам воспитания и обучения детей, а также методикам выхода из стрессовых ситуаций, которые довольно часто с ними происходят. Двое родителей ответили, что хотели бы научиться понимать и контролировать поведение своего ребенка с целью дальнейшего обучения и воспитания.

На вопрос «Хотели бы Вы обучиться современным воспитательным приемам, необходимым для коррекции личности ребенка с РДА и РАС?» все родители ответили положительно, поскольку считают, что, возможно, именно современные формы и технологии воспитания помогут им осуществить эффективную коррекционную помощь личности ребенка.

При ответе на вопрос «Хотели бы Вы принять участие в спортивных семейных фестивалях и состязаниях среди семей, имеющих ребенка с РДА и РАС?» все родители проявили готовность участия, поскольку считают, что совместная деятельность поможет им сблизиться со своим ребенком, а также получить поддержку и помощи со стороны.

По результатам проведенного интервью с родителями, имеющих ребенка с РДА и РАС было установлено, что родители нуждаются в психосоциальной помощи специалистов по воспитанию ребёнка, поскольку имеют значительные трудности в воспитании ребенка. Кроме того, основными трудностями родителей являются неудовлетворенность общением со своим ребенком, трудности управления поведением ребенка, а также трудности, связанные с изменением жизненных планов, нарушением ожиданий родителя. Также родители хотели бы обучиться современным воспитательным приемам, необходимым для коррекции личности ребенка, так как считают, что современные формы и технологии воспитания помогут осуществить эффективную коррекционную помощь личности их ребенка с РДА и РАС.

Таким образом, можно сделать вывод, что ГКУ СО «Волгоградский областной ЦППМН» реализует психосоциальную работу с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС, но инновационные формы взаимодействия с родителями используются крайне редко. В связи с чем, возникает потребность в разработке рекомендаций к организации психосоциальной работы с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС, с использованием новых, современных форм взаимодействия.

2.3. Рекомендации к организации психосоциальной работы с семьей, имеющей ребенка с синдромом раннего аутизма

Для эффективной организации психосоциальной работы с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС необходимо, чтобы деятельность организации социальной помощи по поддержки родителей была систематизированной и структурированной, а также носила адресный и комплексный характер. Более того, поскольку родители испытывают нервно-психическую и физическую нагрузку, усталость, напряжение, тревогу за поведение своего ребенка, а также неуверенность в отношении своего ребенка, то именно индивидуальный подход к каждому родителю может дать положительные результаты.

Также мы рекомендуем межведомственное взаимодействие, что позволит объединить усилия различных учреждений и ведомств в решении проблем семей, имеющих ребенка с синдром раннего аутизма.

Процесс осуществления психосоциальной работы с семьей, имеющей ребенка с ранним детским аутизмом, должен быть направлен на создание благоприятного психоэмоционального климата в семьях, воспитывающих детей с РДА и РАС, поэтому система психосоциальной работы с семьей должна включать следующие направления:

1. Социально-психологическую диагностику родителей на основе применения методик, направленных на изучение их личностных и психологических особенностей родителей;
2. Социально-психологическое консультирование на основе проведения интервью для выявления уровня понимания родителями характера трудностей ребенка и уровня адаптации семьи к этой ситуации;
3. Социально-психологическую коррекцию на основе выявленных трудностей у родителей в процессе воспитания ребенка с РДА. Исходя из выявленных трудностей родителей, на данном этапе целесообразно использовать такие формы взаимодействия, как:

1. Детско-родительские группы;

2. Родительский клуб;

3. Родительско-детский интенсив;

4. Технологию «Время на полу»;

5. Технологию развития межличностных отношений» (Relationship Development Intervention);

6. АВА-терапию (прикладной анализ поведения) [28, с. 41].

Формирование детско-родительских групп направлено на привлечение родителей к совместным занятиям с детьми, а также для закрепления отрабатываемых на занятиях навыков, где родители учатся понимать состояние ребенка, контролировать собственные эмоции, а также конструктивно взаимодействовать со своим ребенком.

Создание «Родительского клуба» в учреждениях и организациях социального обслуживания направлено на повышение педагогической культуры родителей, а также формирование их знаний в вопросах, имеющих непосредственное отношение к обучению и воспитанию детей с РДА и РАС. Кроме того, «Родительский клуб» способствует выработке коллективных решений и единых требований в коррекционной работе, интеграции усилий родителей и педагогов в деятельности по комплексному развитию ребенка с РДА и РАС. Занятия в клубе могут включать следующие темы: «Меняем не ребёнка, а его поведение»; «Подсказки для ребенка и их виды»; «Речедвигательные упражнения»; «Значение голоса в жизни человека, работа над голосом»; «Мотивация ребенка и способы ее повышения»; «Способы обучения рисованию»; «Алгоритм обучения навыкам общения»; «Сенсорные стимуляции, полезные подсказки, поиск подкрепления»; «Навыки самостоятельной игры» и т.д. [27, с. 69].

Родительско-детский интенсив направлен на социализацию и обучение родителей, имеющих ребенка с РДА и РАС, эффективным методам

коррекции расстройств. Занятия в формате родительско-детского интенсива позволяют обучать детей важным социальным навыкам, таким как посещение столовой, культурно-массовых мероприятий (например, праздников или кинотеатра).

Технология «Floortime» (от анг. «время на полу») заключается в использовании игровых методов взаимодействия родителя с ребенком с РДА и РАС, исходя из его индивидуальных особенностей, а также предпочтений и интересов самого ребенка. Данная технология может быть использована как в индивидуальной, так и в групповой работе.

«Технология развития межличностных отношений» (Relationship Development Intervention) ставит своей целью пройти поэтапный ускоренный путь развития нормально развивающего ребенка. Данная технология заключается в проведении совместных занятий родителей с детьми на основе использования конструкторов, головоломок, мозаик, игрушек и т.д.

Технология «АВА-терапия» направлена на углубленный анализ поведения родителей и его коррекцию. Кроме того, в контексте поведенческой терапии подчеркивается, что в процессе работы с ребенком уместна такая последовательность шагов: от обучения навыкам готовности учиться (контакт глазами, отклик на имя, способность выполнять простые инструкции, имитация действий и т.п.) к первым шагам адекватных речевых проявлений, развития познавательных способностей и формирование навыков самообслуживания [28, с. 33].

Таким образом, можно сделать вывод, что при грамотном подходе к организации психосоциальной работы с семьей, имеющей ребенка с ранним детским аутизмом, и оптимальном использовании инновационных методов и форм работы с семьей, будут видны положительные изменений как в формировании отношений родителей и ребенка, так и в процессе осуществления воспитательно-образовательной деятельности ребенка.

Заключение

Ранний детский аутизм представляет собой совокупность имеющихся у ребенка дефектов, возникающих ввиду нарушения развития головного мозга, следствием которого становится выраженный и всесторонний дефицит социального взаимодействия и общения, а также ограниченные интересы и повторяющиеся стереотипные действия, проявление которых можно заметить с младенческого возраста.

В современном мире семья, имеющая ребенка с РДА и РАС, зачастую сталкивается с нарушениями психического здоровья своего ребенка, включая тревогу и депрессию, ухудшение качества жизни и благополучия в целом, поэтому родители нуждаются в поддержке, обучении и психологической помощи со стороны социальных служб. Кроме того, родители, имеющие ребенка с ранним детским аутизмом, не обладают достаточным объемом знаний относительно способов взаимодействия со своим ребенком, а также испытывают родительский стресс, ввиду имеющийся инвалидности у их ребенка.

Психосоциальная работа с семьей, воспитывающей ребенка с ранним детским аутизмом, в России находится на стадии развития, однако на территории страны функционируют центры социальной помощи родителям, имеющим ребенка с РДА и РАС, которые используют в своей деятельности современные программы по оказанию ранней помощи и эффективные диагностические методики.

Сравнительный анализ применения инновационных форм психосоциальной работы с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС, был осуществлен на примере следующих учреждений: Государственное казенное учреждение социального обслуживания «Волгоградский областной центр психолого-педагогической помощи населению» и Автономная некоммерческая организация социальной поддержки семьи «Семья».

Результаты экспертного опроса показали, что ГКУ СО «Волгоградский областной ЦППППН» и АНО «Семья» используют различные формы психосоциальной работы с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС. Кроме того, руководители ГКУ СО «Волгоградский областной ЦППППН», ориентируют своих сотрудников областного центра психолого-педагогической помощи населению, основанному значительно раньше, чем АНО «Семья», использовать инновационные формы психосоциальной работы с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС, однако сотрудники не всегда используют их в процессе оказания психологической помощи родителям.

Результаты анкетирования специалистов показали, что в основном они редко используют в своей работе инновационные формы психосоциальной работы или вовсе не используют, поскольку имеют некоторые трудности в процессе анализа поведения ребенка и подборке заданий на коррекцию его реакций.

Результаты интервью с родителями, имеющими ребенка с РДА и РАС, показали, что родители нуждаются в психосоциальной помощи специалистов по воспитанию ребёнка с РДА и РАС, поскольку имеют значительные трудности в воспитании ребенка: неудовлетворенность общением со своим ребенком, трудности управления поведением ребенка, а также трудности, связанные с изменением жизненных планов, нарушением ожиданий родителя.

Таким образом, можно сделать вывод, что выдвинутая гипотеза подтверждена частично. Инновационные формы психосоциальной работы с семьей, имеющей ребенка с синдромом раннего аутизма, в некоммерческих организациях действительно применяются несколько чаще, чем в учреждениях социального обслуживания, однако в их применении обнаружена определенная специфика. Руководители учреждений ориентируют своих специалистов применять инновационные методики, и в некоммерческой организации такая устремленность выражена более

отчетливо, однако в реальной деятельности инновационные формы используются нечасто как специалистами социальной службы, так и сотрудниками некоммерческой организации.

Таким образом, важно понимать, что только целенаправленная и последовательная деятельность сотрудников учреждений и организаций, реализующих психосоциальную работу с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС, а также желание и активность родителей будут способствовать успешному развитию и социализации ребенка.

Список литературы

1. Федеральный закон от 28.12.2013 №442-ФЗ (ред.от 21.07.2014) «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»

2. «Порядок предоставления социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания гражданам пожилого возраста и инвалидам в организациях социального обслуживания Волгоградской области, утвержденный приказом комитета социальной защиты населения Волгоградской области от 15.09.2021 №1930»

3. Положение о порядке организации предоставления психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи обучающимся, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, своем развитии и социальной адаптации от 20.06.2017 № 118/1 [Электронный ресурс] URL: https://www.znamenskol.ru/wp-content/uploads/2019/12/Положение-о-порядке-предоставления-психологопедагогической-медицинской-и-социальной-помощи-обучающимся.pdf (дата обращения 16.04.2022)

4. Федеральный реестр инвалидов [Электронный ресурс]. URL: https://sfri.ru/ (дата обращения 20.11.2021).

5. Аутизм / Под. ред. Э. Г. Улумбекова. М.: Гэотар-мед. 2002. 216 с.

6. Башина В.М. Ранний детский аутизм. СПб.: Питер. 2005. 347 с.

7. Блейлер Е. Аутистическое мышление // Хрестоматия по общей психологии. М.: Изд-во МГУ. 1981. С.112-125.

8. Божкова Е.Д., Баландина О.В., Коновалов А.А. Расстройства аутистического спектра: современное состояние проблемы (обзор) // Современные технологии в медицине. 2020. № 2. С. 111-120.

9. Браудо Т.Е., Фрумкина Р.М. Детский аутизм, или странность разума // Человек. 2002. № 1.С. 87-94.

10. Бычкова Е. Дети дождя: все об аутизме // Няня. 2001. № 12. С. 94-96.

11. Васин С.А., Сороко Е.Л., Богоявленский Д.Д. Социальный портрет инвалидности и аспекты подготовки специалистов социально-педагогической сферы для работы с детьми, имеющими отклонения в развитии. М., 1995. 189 с.

12. Волкмар Ф.Р. Аутизм. Практическое руководство для родителей, членов семьи и учителей. Екатеринбург: Рама Паблишинг. 2014. 224 с.

13. Высотина Т.Н. Особенности родительского отношения к детям с атипичным аутизмом: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.10. СПб., 2013. 22 с.

14. Гезелл А. Аутистические, психотические и другие формы нарушенного поведения // Психология аномального развития. М.: ЧеРо: Высш.шк.: Изд-во МГУ. 2002. С. 54-59.

15. Гилберт К. Аутизм. Медицинское и педагогическое воздействие: книга для педагогов-дефектологов. М.: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС. 2015. 144 с.

16. Горина Е.Н., Гринина Е.С., Рудзинская Т.Ф. Современные подходы к изучению семьи, воспитывающей ребенка с расстройством аутистического спектра // Мир науки. Педагогика и психология. 2019. №5. С. 36-41.

17. Каган В. Е. Аутизм у детей. М.: Медицина. 1981. 206 с.

18. Карвасарская И.Б. Психологическая помощь аутичной семье // Психосоциальные проблемы психотерапии, коррекционной педагогики, специальной психологии. Курск: Изд-во Курск. гос. ун-та. 2003. С. 36-38.

19. Керре Н.О. О специфике семей, имеющих детей с аутизмом // Аутизм и нарушения развития. 2011. № 2 (33). С. 18-21.

20. Киселев М.И. Генезис отношения к детям с ограниченными возможностями // Молодой ученый. 2012.№ 12 (47). С. 412-415.

21. Козлов В.В. Психосоциальная работа с семьей // Психотехнологии в социальной работе. Ярославль: МАПН. ЯрГУ, 2002. С. 133–135.

22. Куташов В.А. Родительско-детские отношения в семьях с детьми с расстройствами аутистического спектра // Молодой ученый. 2016. № 3. С. 27–283.

23. Лебединская К.С., Никольская О.С. Баенская Е.Р. Дети с нарушениями общения: ранний детский аутизм. М.: Изд-во «Просвещение», 1985. 276 с.

24. Левченко И.Ю. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии. М.: Просвещение. 2008. 239 с.

25. Лысенко К.Ю. Исследование динамики детской инвалидности в России за 2000–2015 гг. // Молодой ученый. 2016. № 14 (118). С. 359-362.

26. Мастюкова Е.М. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии. М.: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС.2013. 408 с.

27. Мамайчук И.И. Помощь психолога детям с аутизмом. СПб.: Речь. 2007. 288 с.

28. Методика психосоциальной работы с семьей, воспитывающей ребенка с расстройствами аутистического спектра и другими ментальными нарушениями / Сост. Н.А. Разнадежина, Л.А. Бездольная. Сургут: «Методический центр развития социального обслуживания». 2016. 68 с.

29. Михальченко К.А. Проблема семейного воспитания детей с ранним детским аутизмом // Педагогическое мастерство. М.: Буки-Веди. 2012. С. 179-184.

30. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М., Костин И.А., Веденина М.Ю., Аршатский А.В., Аршатская О.С. Дети и подростки с аутизмом. Психологическое сопровождение. М: Теревинф. 2005. 224 с.

31. Питерс Т. Аутизм: от теоретического понимания к педагогическому воздействию. СПб.: Институт специальной педагогики и психологии. 2011. 192 с.

32. Семянникова А.А. Расстройства аутистического спектра: классификации, определение понятий, симптомы // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. 2013. № 2. С. 56-61.

33. Тындик А.О., Васин С.А. Положение детей-инвалидов и их семей по данным переписей населения // 2018. № 2. С. 167-180.

34. Ульянова Н.А. Эффективный подход к обучению детей с ранним детским аутизмом. Ярославль: Изд-во Ярославского государственного педагогического университета им. К.Д. Ушинского. 2014. 86 с.

35. Фесенко Ю.А., Шигашов Д.Ю. Ранний детский аутизм: медико-социальная проблема // Журнал Здоровье – основа человеческого потенциала – проблемы и пути их решения. 2013. № 1. С. 114-119.

36. Хаустов А.В. Исследование коммуникативных навыков у детей с синдромом раннего детского аутизма // Дефектология. 2004. № 4. С. 77-79.

37. Шипицына Л.М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе [Электронный ресурс] URL: https://www.studmed.ru/view/shipicyna-lm-neobuchaemyy-rebenok-v-seme-i-obschestve-socializaciya-detey-s-narusheniem-intellekta_cc070be2dc1.html/ (дата обращения 06.03.2022).

Приложение 1.
Бланк экспертного опроса

1. Руководствуетесь ли Вы социальным обслуживанием семей по участковому принципу?
2. Используете ли Вы в своей деятельности технологию «Сеть социальных контактов»?
3. В ходе осуществления психосоциальной работы с семьей, используете ли Вы информационный ресурс «Электронный паспорт семьи», содержащий сведения о данных семей для успешного решения их проблем?
4. Проводите ли Вы индивидуальное обучение родителей воспитательным приемам, необходимым для коррекции личности ребенка с РДА и РАС?
5. Используете ли Вы в процессе коррекционной деятельности такие методы, как «холдинг-терапия», предметотерапия, TEACCH-терапия?
6. Осуществляете ли Вы коррекцию неадекватных поведенческих реакций родителей в отношении своих детей? Если да, то какие формы и методы для этого Вы используете?
7. Проводите ли Вы индивидуальные и групповые психокоррекционные занятия с родителями, совместно с родителями и детьми? Какие методы для этого Вы используете?
8. Проводите ли Вы с родителями, имеющими ребенка с РДА и РАС, психосоциальную работу в формате детско-родительской группы?
9. Организуете ли Вы спортивные семейные фестивали и состязания среди семей, имеющих ребенка с РДА и РАС?
10. Используете ли Вы в психосоциальной работе с семьей программу групповой работы? Если да, то какие приемы для этого Вы используете?

Приложение 2. Бланк интервью

1. Как Вы считаете, нуждаетесь ли Вы в психосоциальной помощи специалистов по воспитанию ребёнка с РДА и РАС?
2. Обладаете ли Вы знаниями в отношении воспитания ребенка с РДА и РАС?
3. Испытываете ли Вы трудности в воспитании ребенка с РДА и РАС?
4. В чем именно заключаются Ваши трудности?
5. Хотели бы Вы, чтобы учреждения социальной помощи проводили индивидуальные и групповые психокоррекционные занятия как отдельно с родителями, так и совместно с детьми?
6. Чему бы Вы хотели научиться на подобных занятиях?
7. Хотели бы Вы обучиться современным воспитательным приемам, необходимым для коррекции личности ребенка с РДА и РАС?
8. Хотели бы Вы принять участие в спортивных семейных фестивалях и состязаниях среди семей, имеющих ребенка с РДА и РАС?

Приложение 3. Анкета

Уважаемый респондент!

Просим Вас принять участие в опросе, посвященном изучению применения инновационных формы психосоциальной работы с семьей, имеющей ребенка с синдромом раннего аутизма.

Внимательно прочитайте каждый вопрос и возможные варианты ответов к нему. Выберите ответ, наиболее отвечающий вашему мнению, и укажите его. Просим отвечать искренне. Анонимность гарантируется.

1. Организуете ли Вы для семей, имеющих ребенка с РДА и РАС, индивидуальные и групповые занятия?

01 Да, регулярно
02 Нет, не провожу
03 Другое_____

2. Используете ли Вы при взаимодействии с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС, метод «холдинг-терапии»?

04 Регулярно использую
05 Редко использую
06 Никогда не использую
07 Другое_____

3. Используете ли Вы при проведении занятий с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС, метод предметотерапию?

08 Регулярно использую
09 Редко использую
10 Никогда не использую
11 Другое_____

4. Используете ли Вы при проведении занятий с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС, метод TEACCH-терапию?»

12 Регулярно использую
13 Редко использую
14 Никогда не использую
15 Другое_____

5. Используете ли Вы при работе с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС, программу Son-Rise?

16 Регулярно использую
17 Редко использую
18 Никогда не использую
19 Другое_____

6. Используете ли Вы при работе с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС, АВА-терапию с целью выявления факторов, влияющих на поведение родителей для дальнейшей коррекционной работы?

20 Регулярно использую
21 Редко использую
22 Никогда не использую
23 Другое_____

7. Для разрешения проблем семьи, имеющей ребенка с РДА и РАС, взаимодействуете ли Вы с другими организациями, направленными на обеспечение безопасности и оказание помощи таким семьям?

24 Да, регулярно взаимодействую
25 Да, но не часто
26 Нет, никогда
27 Другое_____

8. При проведении занятий с семьями, имеющих ребенка с РДА и РАС, используете ли Вы в своей деятельности Метод альтернативной коммуникации и развития речи PECS?

28 Регулярно использую
29 Редко использую
30 Никогда не использую
31 Другое_____

9. При работе с семьей, имеющей ребенка с РДА и РАС, используете ли Вы метод сетевой терапии?

32 Да, регулярно использую
33 Использую, но редко
34 Никогда не использую
35 Другое_____

10. Для осуществления помощи семьям, имеющих ребенка с РДА и РАС, проводите ли Вы обучение родителей с целью коррекции неадекватного поведения ребенка?

36 Да, регулярно
37 Да, но не часто
38 Нет, не провожу
39 Другое_____

11. В процессе осуществления воспитательно-образовательной деятельности с родителями, имеющими ребенка с РДА и РАС, используете ли Вы современные опросники или какой-либо иной диагностирующий материал?

40 Да, регулярно использую
41 Да, но не часто
42 Нет, никогда
43 Другое_____

12. С целью формирования навыков родителей взаимодействовать со своими детьми, проводите ли Вы совместные социально-психологический тренинги?

44 Да, регулярно провожу
45 Да, но не часто
46 Нет, никогда
47 Другое_____

Благодарим за участие!