Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Реферат на тему « Детский аутизм»

Выполнила:

Ординатор 1 года обучения

Кафедры нервных болезней с курсом ПО

Специальности 31.08.42 неврология

Протасюк Екатерина Николаевна

Красноярск, 2020

Содержание

Ведение

1. Определение и признаки аутизма, типы аутических расстройств

2. Синдром раннего детского аутизма

3.Клинико-психологическая структура синдрома раннего детского аутизма

4. Проблемы обучения аутичных детей

Литература

**Введение**

Современный этап развития теории и практики психологии, нейропсихологии, коррекционной педагогики и специальной психологии характеризуется усилением внимания к углубленному изучению различных особенностей психического развития детей, что имеет важное научно-практическое значение. Возрастает число и разнообразие детей с отклонениями в развитии, в том числе с парциальной и комплексной недостаточностью. Это вызывает необходимость изучения детей не только до, но и в процессе их обучения и воспитания, определения индивидуальных программ коррекционного воздействия.

Последнее время стало все больше уделяться внимания проблеме изучения и коррекции различных психических расстройств у детей. Но, все-таки, еще многие вопросы остаются не до конца изучены. Так, например, проблема раннего детского аутизма (РДА), при которой нарушение общения преобладает во всем поведении ребенка и занимает доминирующее место в формировании его аномального развития. Коррекция раннего детского аутизма носит особый, достаточно сложный характер.

РДА входит в структуру шизофренического дефекта психики и занимает особое место, так как отличается от всех аномалий развития наибольшей сложностью и дисгармоничностью, как клинической картины, так и психологической структуры нарушений.

**1. Определение и признаки аутизма, типы аутических расстройств**

Детский аутизм (F 84.0). Синдром раннего детского аутизма Каннера определяют аутистическая отгороженность детей от реального мира с неспособностью формирования общения и неравномерным созреванием (асинхронностью развития) психической, речевой, моторной и эмоциональной сфер жизнедеятельности. Согласно Мировой классификации болезней 10-го пересмотра детский аутизм под шифром F84.0 рассматривается как «общее расстройство развития, определяющееся наличием аномального и/или нарушенного развития, которое проявляется в возрасте до трех лет и аномальным функционированием во всех трех сферах: социального взаимодействия, общения и ограниченного, повторяющегося поведения». Детский аутизм начинается в возрасте до 3 лет, постепенно прогрессируя, приводит больного к тяжелым психическим проявлениям в виде нарушения свойств личности и интеллектуальной недостаточности.

Его основные признаки:

- врожденная неспособность ребенка к установлению аффективного контакта посредством взгляда, мимики и жестов, причем не обусловленная низким интеллектуальным уровнем;

- стереотипность поведения;

- необычные реакции на раздражители;

- нарушения речевого развития;

- раннее проявление (до 30-го месяца жизни).

Особенно ярко аутизм проявляется в возрасте 3 — 5 лет. Сопровождается страхами, негативизмом, агрессией. Далее острый период сменяется нарушениями развития интеллектуального и личностного.

КЛАССИФИКАЦИЯ РДА (по данным РАМН, 1987 г.)

1.Разновидности РДА:

1.1. синдром раннего инфантильного аутизма Каннера / классический вариант / РДА/;

1.2. аутистическая психопатия Аспергера;

1.3. эндогенный, постприступный /вследствие приступов шизофрении аутизм/;

1.4. резидуально-органический вариант аутизма;

1.5. аутизм при хромосомных аберрациях;

1.6. аутизм при синдроме Ретта;

1.7. аутизм неясного генеза.

2. Этиология РДА:

2.1. эндогенно-наследственная /конституциональная, процессуальная/, шизоидная, шизофреническая,

2.2. экзогенно-органическая,

2.3. в связи с хромосомным аберрациями,

2.4. психогенная,

2.5. неясная.

3. Патогенез РДА:

3.1. наследственно-конституциональный дизонтогенез,

3.2. наследственно-процессуальный дизонтогенез,

3.3. приобретенный-постнатальный дизонтогенез.

По мнению большинства современных авторов, ранний детский аутизм представляет синдром или группу сходных синдромов разного происхождения. Более четко очерченными являются те варианты синдрома, которые получили наименование синдромов Каннера и Аспергера. Несмотря на наличие определенных различий, разграничение их весьма условно .

Для аутизма Каннерахарактерны аутистическая отгороженность детей от реального мира с неспособностью формирования общения и неравномерным созреванием психической, речевой, моторной и эмоциональных сфер жизнедеятельности. В настоящее время наиболее значимыми в клинической картине синдрома Каннера считаются следующие признаки:

Аутизм как предельное (“экстремальное”) одиночество ребенка, формирующее нарушение его социального развития вне связи с уровнем интеллектуального развития;

Стремление к постоянству, проявляемое как стереотипные занятия, сверхпристрастие к различным объектам, сопротивление изменениям в окружающем;

Особая характерная задержка и нарушение развития речи, также вне связи с уровнем интеллектуального развития ребенка;

Раннее проявление (до 2,5 лет) патологии психического развития (причем эта патология в большей степени связывается с особым нарушением психического развития, чем его регрессом);

Детям характерны недостаточное различение одушевленных и неодушевленных объектов, поведение и игры стереотипны, отсутствует подражание, выявляется недостаток реакции на окружающее. Форма общения с родными – симбиотическая или индифферентная, то есть, без эмоциональной реакции, вплоть до отказа общения с ними.

Смена привычного жизненного стереотипа или появление новых объектов может вызвать агрессию или самоагрессию. У детей застывшая мимика, направленный в пустоту взгляд, отсутствие реакции «глаза в глаза». Моторика угловатая со стереотипными движениями, ходьбой на «цыпочками». Речь развивается слабо, нарушено произношение звуков, нет интонационного переноса, голос то громкий, то становится тихим. Больные практически неспособны к диалогу. Иногда речь восстанавливается к 6-8 годам. Особенностями детского аутизма являются относительная сохранность абстрактных форм познания действительности. Особенно резко изменена игровая деятельность. Игры часто стереотипны, отсутствует сюжетность.

Для детского аутизма Каннера характерны отрицательные реакции на любые попытки изменить привычный жизненный стереотип. С раннего возраста у детей нарушается инстинктивная жизнь: изменяется аппетит, затрудненное засыпание, реакция на окружающих либо отсутствует, либо отмечается повышенная чувствительность. Аутизм приобретает наиболее завершенную форму в возрасте 3-6 лет. К 5-6 годам проявления ДА частично компенсируются, но умственное развитие резко отстает.

При синдроме Аспергера дети напоминают больных с синдромом Каннера, но отличаются от них достаточной сохранностью речи и большей сохранностью интеллекта, а также более благоприятным прогнозом в целом.

Синдром Ретта отличается от описанных двух синдромов аутистических расстройств его наличием только у девочек, возникновением после периода нормального развития, выраженной нейроморфологической патологией и сочетанием психических расстройств с тяжелыми неврологическими нарушениями. Синдром Ретта возникает у детей с нормально протекавшими беременностью, родами и развитием в первые месяцы жизни (иногда до 18 мес). Затем происходит остановка в развитии и катастрофический регресс всех форм психической деятельности с возникновением моторных стереотипий, аутизма и прогрессирующего моторного снижения, последующей инвалидизации и смерти.

Аутизм после приступа шизофрении начинается у детей 3-5 летнего возраста после периода нормального психического развития по типу психоза. Изменения в состоянии и развитии возникают без видимых причин и нарастают постепенно. Состояние может проявляться неврозоподобными расстройствами, кататоническими, нарушениями настроения. По выходе из психоза в клинической картине обнаруживаются остановка в умственном развитии, изменение в моторике, нарушение речи, расстройство самосознания, эмоциональное оскудение и выраженный аутизм.

Менее изученными вариантами синдрома раннего детского аутизма являются выделяемые в зарубежной литературе «психогенный аутизм» и «органический аутизм» , или «соматогенный аутизм». Психогенный аутизм, по данным западных психиатров, возникает преимущественно у детей раннего возраста (до 3-4 лет) в связи с воспитанием в условиях эмоциональной депривации (длительное отсутствие материнской ласки, неправильно организованное воспитание в интернатах). Он характеризуется нарушением контакта с окружающими, эмоциональной индифферентностью, пассивностью, безучастностью, задержкой развития речи и психомоторики. В отличие от других вариантов психогенный аутизм носит более преходящий характер, подвергаясь быстрому обратному развитию при нормализации условий воспитания.

Симптоматика органического, или соматогенного, аутизма малоспецифична. Его связывают обычно с последствиями раннего органического поражения головного мозга. Он сочетается с теми или иными проявлениями психоорганического синдрома: психической инертностью, невысоким уровнем памяти, моторной недостаточностью. Кроме того, отмечаются рассеянная неврологическая симптоматика, признаки гидроцефалии, изменения по органическому типу на ЭЭГ, эпизодические эпилептиформные судорожные припадки. Как правило, обнаруживается более или менее выраженное отставание в интеллектуальном и речевом развитии.

**2. Синдром раннего детского аутизма**

Диагностические критерии раннего детского аутизма по МКБ-10 (WHO, 1993) Качественные нарушения в социальном взаимодействии, представленные по меньшей мере двумя из пяти нижеследующих:

1) неспособность адекватно использовать взгляд глаза в глаза, выражение лица, позы и жесты тела для регулирования социального взаимодействия;

2) неспособность развития отношений со сверстниками с использованием взаимного обмена интересами, эмоциями или общей деятельности;

3) редко ищут или используют поддержку других людей для успокоения или сочувствия в периоды стресса и (или) успокаивают, сочувствуют другим людям, имеющим признаки стресса или огорчения;

4) отсутствие спонтанного поиска обмена радостью, интересами или достижениями с другими людьми;

5) отсутствие социально-эмоциональной взаимности, которая проявляется в нарушенной реакции на эмоции других людей, или отсутствие модуляции поведения в соответствии с социальным контекстом; или слабая интеграция социального и коммуникативного поведения.

Качественные нарушения в коммуникации, представленные по крайней мере одним из следующих:

1) отставание или полное отсутствие развития разговорной речи, которая не сопровождается попытками компенсации через использование жеста или мимики, как альтернативной модели коммуникации (которой часто предшествует отсутствие коммуникативного гуления);

2) отсутствие разнообразной спонтанной воображаемой или (в более раннем возрасте) социальной игры-имитации;

3) относительная неспособность инициировать или поддерживать разговор;

4) стереотипное или повторяющееся использование языка или идиосинкразическое использование слов или предложений.

Ограниченные, повторяющиеся или стереотипные виды поведения, интересов или деятельности, представленные по меньшей мере одним из следующих четырех:

1) активная деятельность по стереотипным и ограниченным видам интересов;

2) явно выраженное обязательное поддерживание специфического нефункционального распорядка и ритуалов;

3) стереотипные и повторяющиеся механические движения;

4) действия с частями объектов или нефункциональными элементами игрового материала.

При постановке диагноза указанные признаки нарушения развития должны присутствовать в течение первых 3 лет жизни. Существуют определенные симптомы, часто появляющиеся при аутизме ,но не считающиеся основными для постановки диагноза. Это - гиперактивность (особенно в раннем детском или подростковом возрасте), слуховая гипер- и гипочувствительность и различные реакции на звук (четко проявляются в течение первых 2 лет жизни, но присутствуют периодически или постоянно и у взрослых), гиперчувствительность к прикосновению, необычные привычки при приеме пищи, включая приемы непищевых продуктов, нанесение себе повреждений, пониженная болевая чувствительность, агрессивные проявления и перемены настроения.

Наиболее частыми проявлениями также являются:

- физические аномалии (отставание в росте, патологические изменения внутренних органов, непропорциональность скелета и др.);

- снижение порога болевой чувствительности, в связи с чем больные не ощущают боли при нанесении им травм или увечий;

- снижение интереса к звуку человеческого голоса, при повышении его;

- замкнутость, постепенный уход в себя, в мир собственных ощущений и переживаний;

- отсутствие реакции на обращенную к ним речь;

- задержка или полное отсутствие развития разговорной речи;

- недостаточная гибкость, нарушение интонационной стороны речи, ее стереотипы в использовании фраз и слов;

- отсутствие контакта взглядом, мимикой, позой или жестами;

- отсутствие творчества и фантазии в мышлении;

- нарушение сна и приема пищи;

- внезапное появление вспышек гнева и агрессивности;

- отсутствие чувства привязанности к родным и близким;

- холодность при общении даже с самыми дорогими людьми (родители, братья, сестры);

- избегание сверстников;

- безразличие к интересам окружающих;

- отсутствие сопереживания другим.

В своем первоначальном описании Kanner выделил основные признаки, которые используются до настоящего времени.

— Начало расстройства в возрасте до 2,5—3 лет, иногда после периода нормального развития в раннем детстве.

Симптомы аутизма можно обнаружить уже в первые месяцы жизни ребенка. У аутичных детей нарушается “комплекс оживления”, характерный для нормального развивающихся младенцев. Такой ребенок слабо реагирует на свет, на звук погремушки. Гораздо позднее своих сверстников он начинает узнавать мать. Но, даже узнав ее, он не тянется к ней, не улыбается, не реагирует на ее уход. Для него характерен отсутствующий, неподвижный взгляд “мимо”, “сквозь” человека, он не откликается на свое имя.

Внимание аутичного ребенка может неожиданно и надолго привлечь какой-либо яркий предмет, однако также неожиданно ребенок может панически испугаться любого предмета: портрета на стене, собственных пальчиков. У такого младенца часто наблюдаются двигательные стереотипы: он может часами раскачиваться в коляске или в кроватке, однообразно размахивать руками, длительное время издавать одни и те же звуки .

У детей первых 3 лет жизни неспецифическими проявлениями синдрома, связанными с соматовегетативной и инстинктивной недостаточностью, являются, по данным В. М. Башиной, нарушения сна в виде сокращенной продолжительности и уменьшенной глубины его, прерывистости, затрудненного засыпания, стойкие расстройства аппетита с его снижением и особой избирательностью, отсутствие чувства голода, общее беспокойство и беспричинный плач.

Во внешнем облике больных детей обращают на себя внимание застывшая мимика, направленный в пустоту или как будто в себя взгляд, отсутствие реакции «глаза в глаза», но иногда возникает мимолетная фиксация взгляда на окружающих лицах и предметах. Обычно это красивые дети с как будто прорисованным карандашом задумчивым, сонным, отрешенным лицом — «лицо принца».

— Аутистическое одиночество — неспособность устанавливать теплые эмоциональные взаимоотношения с людьми. Такие дети не отвечают улыбкой на ласки и проявления любви родителей. Им не нравится, когда их берут на руки или обнимают. На родителей они реагируют не больше, чем на других людей. Форма общения с родными (особенно с матерью) — симбиотическая или индифферентная, т.е. без эмоциональной реакции, вплоть до отказа общения с ними. Одинаково ведут себя с людьми и неодушевленными предметами. Явление протодиакризиса - недостаточное различение одушевленных и неодушевленных объектов. Практически не выявляют тревоги при разлуке с близкими и в незнакомой обстановке. Типичным является отсутствие глазного контакта.

— Расстройство навыков речи. Речь часто развивается с задержкой или не возникает вообще. Иногда она нормально развивается до 2-летнего возраста, а затем частично исчезает. Особенно слабо развивается экспрессивная речь: отсутствуют экспрессия, жестикуляция, сохраняются эхолалии, фразы-штампы, нарушено произношение звуков, нет интонационного переноса, т.е. непрерывной мелодии речи, ритма, темпа. Голос то громкий, то неожиданно становится тихим и ребенок переходит на шепот. Речь обычно построена по типу немедленных или задержанных эхолалий, или в виде стереотипных фраз вне контекста с неправильным использованием местоимений. Часты специфические нарушения разговорной речи в виде монотонности, аграмматичности, фрагментированности, искаженности и др. В тяжелых случаях, кроме моторных нарушений разговорной речи, у больных выявляются и сенсорные расстройства в виде непонимания обращенной к ним речи. При легких формах заболевания выявляется превосходство сенсорных речевых расстройств над моторными, т.е. больные больше говорят, чем понимают. Некоторые дети производят шум (щелчки, звуки, хрипы, бессмысленные слоги) в стереотипной манере при отсутствии желания в общении. Даже к 5—6 годам большинство детей называет себя во втором или третьем лице или по имени, не используя «Я».

— «Навязчивое желание однообразия». Стереотипное и ритуальное поведение, настаивание на сохранении всего в неизмененном виде и сопротивление переменам. Они предпочитают есть одну и ту же пищу, носить одну и ту же одежду, играть в повторяющиеся игры. Деятельность и игра аутичных детей характеризуются ригидностью, повторяемостью и монотонностью. — Типичны также причудливое поведение и манерность (например, ребенок постоянно кружится или раскачивается, теребит свои пальцы или хлопает в ладоши). Моторика аутичных детей угловатая со стереотипными движениями, атетозоподобными движениями в пальцах рук, ходьбой «на цыпочках». Но наряду с этим у больных аутизмом возможно развитие достаточно сложных и тонких моторных актов. Типичная в детстве двигательная активность в подростковом возрасте сменяется малоподвижностью, нелепыми движениями, застываниями в мечтательной позе. В связи с неоднородностью внутренних переживаний и воображений собственного мира поведение больных носит неадекватный, а часто непредсказуемый характер — от депрессивных проявлений до аффективных агрессивных вспышек, вплоть до суицидальных попыток.

— Отклонения в игре. Игры чаще стереотипны, не функциональны и не социальны, характеризуются стойкими стереотипами, отсутствием подражания, недостатком реакции на окружающее и повышенной чувствительностью на условия как дискомфорта, так и комфорта. Смена привычного жизненного стереотипа, появление новых объектов и посторонних лиц вызывают у аутичных детей реакцию избегания либо недовольства и страха с хаотической агрессией и самоагрессией. Преобладает нетипичное манипулирование игрушками, отсутствуют воображение и символические черты. Отмечено пристрастие к играм с неструктурированным материалом — песком, водой.

— Атипичные сенсорные реакции. Аутичные дети отвечают на сенсорные стимулы либо чрезвычайно сильно, либо слишком слабо (на звуки, боль). Они избирательно игнорируют обращенную к ним речь, проявляя интерес к неречевым, чаще механическим звукам. Болевой порог чаще понижен, или отмечается атипичная реакция на боль.

— Характерной особенностью таких детей является появление у них неадекватного страха совершенно в нормальной ситуации и состояния безразличия в случаях реальной опасности. Больных с детским аутизмом выделяет среди детей с другими психическими расстройствами высокая степень лабильности (неустойчивости) эмоциональной сферы. Они могут засмеяться и буквально через минуту заплакать. Особенно это выражено у девочек. При детском аутизме могут наблюдаться и другие признаки. Внезапные вспышки гнева, или раздражения, или страха, не вызванные какими-либо очевидными причинами. Иногда такие дети либо гиперактивны, либо растеряны. Поведение с самоповреждением в виде ударов головой, кусания, царапания, вырывания волос. Иногда отмечаются нарушения сна, энурез, энкопрез, проблемы с питанием. Нарушение мышления проявляется в виде вязкости речи и снижения аналитическо-синтетической деятельности. Умственная отсталость при детском аутизме может варьироваться от легкой до глубокой степени с проявлением соответствующей клинической симптоматики.

**3.Клинико-психологическая структура синдрома раннего детского аутизма**

Дефектность природно-психических свойств, связанных с нейрофизиологическими (биологическими) механизмами, к ним могут быть отнесены дефицит психической активности, инстинктивно-аффективные нарушения, нарушения сенсорной чувствительности и двигательной сферы. В клинической картине раннего детского аутизма нарушение природнопсихических компонентов проявляется в общей вялости, слабости побуждений, быстрой истощаемости и пресыщаемости любой целенаправленной активности, низких сенсорных порогах с выраженным отрицательным фоном ощущений (гиперестезиях), снижении и избирательности аппетита, слабости инстинкта самосохранения, вялости моторного тонуса, отсутствии плавности движения, их стереотипизации и импульсивности и пр. Низкий психический тонус, ограничивающий взаимодействие с окружающим миром, трудность организации целенаправленных практических действий, отрицательная эмоциональная доминанта затрудняют для ребенка формирование целостной картины окружающего мира, который становится источником диффузной тревоги и многочисленных страхов. Отсутствие или значительное снижение контактов с окружающими, «уход в себя», в свой внутренний мир — эти аутистические проявления можно рассматривать как компенсаторный механизм, направленный на защиту от травмирующей внешней среды. Развивающаяся личность реагирует на дефектность природно-психических свойств и связанных с нею нарушений социальной адаптации выработкой комплекса компенсаторных и псевдокомпенсаторных образований защитно-приспособительного характера, таких как чрезмерная привязанность к матери, боязнь нового, приверженность к устойчивому режиму и ритму жизни, своеобразные привычки, напоминающие навязчивые ритуалы, крайняя избирательность контактов, односторонние интересы и т.п.

Социально-психические расстройства проявляются быстрой истощаемостью и пресыщаемостью любой целенаправленной активности; в аффективной насыщенности, стереотипизации и т.д. Отрыв от социальной среды, которым характеризуется ранний детский аутизм, приводит к нарушению процесса социализации личности. Одним из наиболее существенных психопатологических признаков в клинической картине раннего детского аутизма выступает расстройство коммуникативной функции речи. Для аутичных детей характерна общая тенденция не пользоваться речью для общения — не обращаться, не задавать вопросов, не поддерживать разговор на заданную тему. Дети, как правило, не употребляют личных местоимений, о себе говорят во втором или третьем лице. Наряду с общеупотребительной речью сохраняется автономная речь, которая обладает тенденцией к вытеснению первой (особенно в аффективно насыщенных ситуациях, например, в играх). Автономная речь с преобладанием аффективно-образных звуковых компонентов не только еще более задерживает в целом речевое развитие ребенка, но и вносит в него определенную специфику — отсутствие единства между акустической и смысловой сторонами слова, диффузность связей между словом и предметом; слово преимущественно выступает не с содержательной, а с фонетической стороны (например, в пиктограмме слово «сомнение» ассоциируется с изображением сома, а слово «печаль» — с печатью).

Аффективное развитие речевой функции при недоразвитии ее коммуникативного компонента проявляется в повышенном стремлении к словотворчеству, неологизмам, бесцельному манипулированию звуками, слогами, отдельными фразами из стихов и песен. Дети рифмуют, резонерствуют на эмоционально значимые для них темы. Тембр и модуляции голоса неестественны, часто вычурны и певучи, аффективно расставлены интонационные акценты.

О.С. Никольская выделяет три группы детей-аутистов по степени тяжести и характеру вторичных нарушений речевого развития (1981).

1. Дети с наиболее тяжелыми нарушениями, которым коммуникативная речь в принципе не доступна. Ребенок манипулирует отдельными звуками, носящими чисто аффективный характер и не служащими целями контакта, отмечается много аутоэхолалий. Продуцировать отдельные слова эти дети могут лишь в аффективных ситуациях.

2. Дети, у которых речевое развитие менее затруднено. Первые слова могут появится в нормальное время, элементарная фраза складывается к трем-четырем годам, но дальнейшего ее усложнения не происходит. Словарь представляет собой бедный набор от дельных слов-штампов. Характерны не только аутоэхолалий, но и эхолалии на уровне отдельных слов и простых фраз.

3. Дети, обладающие достаточно большим словарным запасом, рано усвоенной фразовой речью и способностью к сложным речевым оборотам, которые, тем не менее, затрудняются в свободном оперировании речью и пользуются стереотипным набором фраз. Психологическая характеристика восприятия, игровой деятельности, речи, мышления детей с синдромом раннего аутизма показывает, что в психическом онтогенезе доминирует аффективное развитие функций, зависимость от непосредственных внешних впечатлений. Нарушение общих закономерностей психического развития обусловлено значительным сужением социальных контактов, слабостью организующего воздействия предметного опыта, что приводит к недостаточности межфункциональных связей (психологических систем) на разных этапах онтогенеза.

Течение.

Синдром раннего детского аутизма приобретает наиболее завершенную форму в возрасте 3—5 лет. В большинстве случаев к этому времени определяются окончательная задержка в развитии инстинктивной жизни, моторики, особенно тонкой, нарушения речевого развития, игровой, эмоциональной сферы, которые и формируют аутистическое поведение в целом. После достижения ребенком 5—6 лет проявления синдрома Каннера, частично компенсируясь, сглаживаются, но это менее всего касается нарушений умственного развития. У детей нередко формируется выраженный олигофреноподобный дефект с аутистическими формами поведения. Иногда на фоне основных проявлений синдрома Каннера возникают неврозоподобные, аффективные, кататонические или полиморфные расстройства, которые утяжеляют прогноз. Приведенные данные о раннем начале детского аутизма и его клинических проявлениях типичны для врожденных задержек психического развития, а отсутствие в большинстве случаев выраженных позитивных симптомов и явной прогредиентности, а также частичная компенсация к возрасту 6 лет служат основанием для отнесения синдрома Каннера к нарушениям развития, протекающим по типу асинхронного дизонтогенеза.

Диагностика

Критерии:

1) невозможность устанавливать полноценные отношения с людьми с начала жизни;

2) крайняя отгороженность от внешнего мира с игнорированием средовых раздражителей до тех пор, пока они не становятся болезненными;

3) недостаточность коммуникативного использования речи;

4) отсутствие или недостаточность зрительного контакта;

5) страх изменений в окружающей обстановке

6) непосредственные и отставленные эхолалии ;

7) задержка развития «Я»;

8) стереотипные игры с неигровыми предметами;

9) клиническое проявление симптоматики не позднее 2—3 лет.

**4. Проблемы обучения аутичных детей**

Рассмотрим, что чаще всего ждет аутичного ребенка в существующей системе образования. В отдельных, наиболее тяжелых случаях, связанных с глубоким нарушением умственного развития, такой ребенок сразу признается ПМПК необучаемым и семья остается практически без помощи педагогов и психологов на все оставшееся время взросления ребенка.

В то же время опыт экспериментальной работы показывает, что даже в этих, самых тяжелых случаях при создании адекватных условий обучение ребенка возможно. Он может освоить ранее недоступные ему способы коммуникации с другими людьми, стать более адаптированным в быту, овладеть отдельными учебными приемами.

Известно, что с возрастом такой ребенок может спонтанно становиться менее аутистически отгороженным, более направленным на социальную жизнь. .Таким образом, даже в том случае, если первые попытки начать обучение были неудачными, их необходимо повторять спустя некоторое время снова и снова.

Иногда подобные дети получают рекомендацию обучаться индивидуально в условиях дома по программе массовой или вспомогательной школы. В этих случаях, однако, ребенок редко получает действительно индивидуально подобранную программу коррекционного обучения. Педагоги массовой и даже специальных школ, к сожалению, как правило, не знакомы с особыми нуждами аутичных детей.

Кроме того, аутичный ребенок оказывается в этих условиях в ситуации искусственной изоляции, дополнительно ограничивающей его возможности социального развития. Он не видит других детей, других образцов социального поведения, перед ним не встают реальные задачи усложнения взаимодействия с миром и людьми. Надо отметить, что, как правило, он прекрасно различает ситуации реальной насущной необходимости и искусственно организованной тренировки, и научение идет результативнее в первом случае.

Третьим вариантом является возможность помещения аутичного ребенка в класс обычной массовой или специальной школы, где, опять же, условия обучения специально не приспособлены для него. Это не только затрудняет обучение, но и создает массу поведенческих проблем. Очень скоро особенности такого ребенка могут привести к решению педагогического коллектива о выведении его на индивидуальное обучение. Педагоги при этом должны знать, что часто они наносят этим травму.

Возможны, однако, и случаи, когда аутичный ребенок продолжает посещать школу и обучается в классе весь период начального или даже все время обучения в школе. К сожалению, мы вынуждены констатировать, что включение его в жизнь школы чаще носит механистический характер. Он может усвоить общие стереотипы правильного поведения и, научаясь не мешать другим, существует рядом с ними. Лаконично, но формально правильно отвечает на вопросы учителя, может даже накапливать большие знания в отдельных областях. Знает имена учителей, соучеников, но не обращается сам к другим людям, не принимает участия в реальной жизни класса. При отсутствии адекватной работы с классом такой ребенок в подростковом возрасте часто проходит период отчуждения со стороны своих более благополучных одноклассников. Они могут получать удовольствие, провоцируя его на неправильное поведение. Только страстная тяга учиться, быть вместе с другими позволяет ему в это время продолжать ходить в школу.

Особым случаем является ситуация одаренного аутичного ребенка. Довольно часто аутичный ребенок с высоким интеллектом не попадает в поле зрения ПМПК, более того, он легко проходит отборочные комиссии в престижные лицеи, частные гимназии. Он подкупает своих будущих учителей своей нестандартностью, увлеченностью, одаренностью, которая может проявиться в области технического конструирования или в математике, музыке, рисовании, освоении иностранных языков. Их ожидания, как правило, очень скоро перестают оправдывать себя. Кроме трудностей организации поведения выясняется, что такой ребенок предпочитает учиться сам по собственной логике и тому, чему он хочет, вне системы внедряемой передовой педагогической технологии. Трудности организации взаимодействия воспринимаются с раздражением, и семья часто получает отказ с формулировкой — "ваш ребенок не отвечает концепции нашей школы".

Эти случаи вызывают особое сожаление, потому что одаренность такого ребенка при терпеливой работе действительно может служить основой для развития его социальных навыков.

Особенности психического развития ребенка с аутизмом определяют необходимость создания специальных форм организации его школьного обучения.

Аутичные дети видят смысл какой-либо деятельности только тогда, когда она четко заранее запрограммирована: дети должны знать, что делать в первую очередь, какую последовательность действий совершать, как закончить. Например, во время урока физкультуры им непонятно, зачем и как долго надо бегать по кругу. Но их деятельность будет более осмысленной, если в зале на полу разложить несколько игрушек и дать ребенку конкретное задание: каждый раз, пробегая мимо игрушек, брать одну из них и бросать в корзину. Когда все предметы будут собраны, перейти с бега на шаг, и, пройдя еще один круг, сесть на скамейку. Таким образом, ребенок будет видеть план своих действий и станет более спокойным.

С этой целью в помещении, где находится аутичный ребенок, можно разместить так называемые пооперационные карты, на которых в виде символов обозначена четкая последовательность действий. Так, схему, отражающую нужную последовательность действий ребенка при сборах на прогулку, можно нарисовать на шкафчике.

Аутичные дети с удовольствием складывают мозаики и головоломки. Они доступны и понятны им. Работая по схеме, дети видят конечный результат, которого надо достичь.

Дети с нарушениями в общении любят заниматься коллекционированием, поэтому их можно и нужно привлекать к работе по сортировке предметов. Они могут стать неоценимыми помощниками воспитателя, в тех случаях, когда нужно, например, разложить карандаши по цвету, кубики по размеру, вырезанные шаблоны по форме. В школе можно привлекать таких детей к созданию и сортировке гербариев, коллекций камней, ракушек, фотографий.

Аутичный ребенок плохо осознает свое тело. У него может быть нарушена пространственная ориентация. Поэтому полезно разместить в групповой комнате нескольких зеркал на уровне глаз ребенка. Время от времени воспитатель или учитель может привлекать внимание ребенка к его отражению - этот прием дает положительные результаты. Лучше осознать свое тело аутичному ребенку поможет упражнение, которое успешно применяется в детских садах: положив ребенка на большой лист бумаги, педагог или дети из группы обводят контур его тела, а затем вместе, называя вслух части тела и предметы одежды, закрашивают этот контур.

Для развития тактильного, зрительно-тактильного, кинестетического восприятия можно использовать такие игры как “Волшебный мешочек”, “Угадай предмет”. Полезно предложить детям складывать головоломки на ощупь, с закрытыми глазами.

На первых этапах работы с аутичными детьми рекомендуется предлагать им игры с жесткой последовательностью действий и четкими правилами, а не сюжетно-ролевые, где необходима диалоговая речь. Для закрепления навыков каждую игру следует проиграть не один десяток раз, тогда она может стать своего рода ритуалом, которые так любят дети данной категории. Во время игры взрослый должен постоянно проговаривать свои действия и действия ребенка, четко обозначая словами все, что происходит с ними. При этом педагога не должно обескураживать то, что ребенок не проявляет ни малейшего интереса к словам. Не надо отчаиваться: многократное повторение одной и той же игры, одних и тех же слов принесет свои плоды, — ребенок сможет включиться в общую деятельность.

Для того чтобы помочь ребенку ориентироваться на рабочем месте, желательно сделать разметку на столе или парте: нарисовать контуры тетради или листа, линейки, ручки. Тогда ему легче будет привыкнуть к своей парте и осмыслить, что от него требуется.

Если ребенок работает в прописях, можно указывать в них стрелками направление движения руки. Аутичным детям рекомендуется давать графические задания, в которых требуется узнать и дорисовать какую-то деталь предмета, а не нарисовать его полностью.

Чтобы повысить мотивацию ребенка к обучению и вызвать потребность в диалоге, взрослый может на время проведения занятий с его согласия поменяться с ним ролями. Пусть ребенок попытается объяснить “непонятливому” взрослому, как выполнять то или иное задание. В этом случае он почувствует свою значимость (я — как большой!), будет понимать цель своих действий (чтобы взрослый “понял” объяснения и сделал все правильно), осознает, что только посредством речи можно наладить контакт с партнером.

Иногда аутичному ребенку необходима физическая помощь в организации действия: взрослый в буквальном смысле “работает” руками ребенка, пишет или рисует вместе с ним, держа один карандаш.

Нельзя забывать, что телесный контакт, а также упражнения на расслабление будут способствовать снижению уровня тревожности ребенка. Поэтому некоторые релаксационные игры, которые мы рекомендуем в главе “Тревожные дети”, будут полезны и в работе с аутичными детьми. Можно использовать с этой целью и пальчиковые игры.

Аутичным детям трудно осваивать любой новый вид деятельности, но они всегда стремятся выполнить все хорошо, поэтому на первых этапах работы надо подбирать такие задания, с которыми они обязательно справятся. Аутичным детям свойственна психическая пресыщаемость, они быстро истощаются физически, поэтому для них необходим индивидуальный ритм работы, более частое переключение с одного вида деятельности на другой. Как отмечалось выше, детям с аутизмом свойственны бесцельные монотонные движения, раскачивания. Отвлечь их от стереотипного ритма можно, используя эмоционально насыщенные ритмические игры и танцевальные движения.

**Литература**

Башина В. М. Ранний детский аутизм/Исцеление: Альманах. — М., 1993

Ковалев В.В. Синдромы раннего детского аутизма // Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста (Руководство для врачей). - М.: Медицина, 1979.

Лютова Е.К., Монина Г.Б. Шпаргалка для взрослых: Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми. - М., 2000.

Никольская О.С. Проблемы обучения аутичных детей // Дефектология. — 1995. — № 1.

Специальная психология: Учеб. пособие / Под научн. ред. Л. М. Шипицыной. — СПб.: «Речь». 2003.

МКБ-10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. - СПб.: Оверлайд, 1994.

Морозова, С.С. Аутизм: коррекционная работа при тяжелых и осложненных формах: пособие для учителя-дефектолога / С.С. Морозова. - М.: Гуманитар, изд. центр ВЛАДОС, 2007

Пробылова, B.C. Об особенностях развития аутичного ребенка / В.С. Пробылова // Педагогическое обозрение. - 2005. - №2.

|  |
| --- |
|  |