Государственное бюджетное специальное (коррекционное)

образовательное учреждение для обучающихся, воспитанников с

ограниченными возможностями здоровья – специальная (коррекционная) общеобразовательная школа-интернат №115 г.о. Самара

**Особенности развития детей с аутизмом**

**Педагог-психолог**

**Трифонова Г.В.**

 **Самара**

**2014**

**Аутизм** – «отрыв от реальности, уход в себя, отсутствие или парадоксальность реакции на внешние воздействия, пассивность и сверхранимость в контактах со средой» (К.С. Лебединская).

Аутизм как симптом встречается при многих психических заболеваниях, расстройствах, но в некоторых случаях он проявляется очень рано (в первые годы и даже месяцы жизни ребенка), занимает ведущее место в клинической картине и оказывает тяжелое негативное влияние на всё психическое развитие ребенка. В таких случаях говорят про РДА (**синдром раннего детского аутизма**). При РДА искаженное психическое развитие ребенка, например:

- хорошо развита мелкая моторика, а общие движения угловаты, неловки;

- не по возрасту богатый словарный запас, а коммуникативные навыки совсем не развиты;

- в уме прорешивает 2437\* 9589, а решить задачу: У тебя два яблока. Мама дала еще три. Сколько яблок у тебя стало? Не могут;

В ряде случаев наблюдаются не все клинические характеристики для установления диагноза РДА, но, как утверждает К.С. Лебединская, В.В. Лебединский, О.С. Никольская, коррекция должна осуществляться методами, принятыми в работе с аутичными детьми. В таких ситуациях нередко говорят об **аутистических чертах личности, аутистическом поведении.**

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) отмечает следующие критерии РДА:

1. качественные нарушения в сфере социального взаимодействия;
2. качественные нарушения способности к общению;
3. ограниченные повторяющиеся и стереотипные модели поведения, интересов и видов деятельности.

Данные о распространении аутизма неоднозначны, потому что:

- недостаточная определенность диагностических критериев, их качественный характер;

- различия в оценке возрастных границ (в России не старше 15 лет, в Японии, в США нет возрастных ограничений);

- различия в понимании причин РДА, механизм его развития, определения.

На 10000 новорожденных 15 – 20 детей с РДА, причем у мальчиков в 4 – 4,5 раз чаще, чем у девочек. В настоящее время число этих детей растет во всем мире, что является серьезной общечеловеческой проблемой.

**Причины аутизма**

Причины аутизма недостаточно ясны.

1. Большая часть РДА наследственно обусловлены. Но здесь задействован не только один ген, а группа генов. Это означает, что комплекс ген не обеспечивает передачу этой патологии, а лишь обеспечивает предрасположенность к ней, которая может проявиться при инфекции, интоксикации плода, родовых травмах, возраст матери. Все это объясняет разнообразие клинической картины РДА.

Данная гипотеза объясняет и тот факт, что количество лиц с аутизмом растет, хотя и не самовоспроизводится.

В настоящее время генетический механизм изучен слабо.

1. Органическое поражение ЦНС.

Данная гипотеза рассматривается в течение 50 лет. Однако происхождение, квалификация, локализация повреждения не определены вследствие малой изученности материала. Тем не менее, у большинства детей с РДА имеются признаки органического поражения ЦНС.

1. В США и Западной Европе в рамках психоаналитического подхода рассматривают психогенный фактор: нежелание матери во время беременности иметь ребенка или «мама – холодильник», то есть жесткая, доминантная, с холодной активностью подавляющая развитие собственной активности ребенка. Отечественные ученые придерживаются первой гипотезы, где неблагоприятная наследственность (даже отдельные черты в поведении бабушек и дедушек) сочетается с патологией родов, болезнью матери во время беременности, резус – конфликт.

**Существуют варианты РДА:**

1. синдром Каннера – атипичный аутизм при сохранном интеллекте;
2. синдром Ретта – встречается только у девочек. Здесь выраженная УО, своеобразное движение рук, затруднения при приеме пищи, насильственный смех;
3. шизофренический аутизм – детей отличает странное, нелепое поведение, неожиданные реакции на окружающие явления, необычные интересы, психомоторные расстройства, нарушение контактов с внешним миром. Могут быть бред и галлюцинации. Это прогрессирующая форма заболевания;
4. органический аутизм – при различных заболеваниях ЦНС.

**Клинико – психолого – педагогическая характеристика**

Основными признаками синдрома РДА является триада симптомов:

1. Аутизм с аутистическими переживаниями. Нарушение контакта, социального взаимодействия с окружающими людьми и миром;
2. Стереотипное, однообразное поведение с элементами одержимости;
3. Своеобразное нарушение речевого развития.

**1.** Нарушение контакта, социального взаимодействия проявляется так:

А) уход от контакта. Ребенку нравится быть одному, наедине с собой. Он безразличен к окружающим. У него избирательность в контактах, чаще это мама или бабушка. Здесь присутствует симбиотический характер привязанности. Мама не может оставить ребенка даже на один час.

Б) Эти дети не любят быть на руках, у них отсутствует поза готовности взятия на руки. Они относятся ко всем одинаково: свой ли это человек, или чужой.

В) В общении они избегают зрительного контакта или их взгляд кратковременный. Такие дети часто смотрят поверх головы или их взгляд «сквозь вас». При общении используют и боковое зрение.

**2.** Для детей с синдромом РДА характерно стереотипное поведение. Л. Каннер называл такое поведение тождественным (синдром Каннера). Детям очень важно, чтобы было все, как обычно, без изменений. Постоянный режим, постоянное время и температура купания. Определенное меню (узкий круг еды). Проблемы с одеждой: невозможно снять какую – либо вещь.

Для детей характерны ритуалы. По дороге в школу заходят в один и тот же магазин, кружит по залу с батоном в руке или с другим предметом, но не игрушкой.

Для детей характерно большое количество движений: раскачивания, бег по кругу, прыжки на двух ногах, совершение движений руками, подергивание отдельными частями тела, облизывание губ, скрежет зубами, причмокивание, закусывание губ.

С данными детьми работу осложняет большое количество страхов:

1. Локальные. Страх конкретного предмета: ножа, машины, собаки, белых предметов, гула лампочки.
2. Генерализованные. Страх изменения постоянства. Например, ребенок в 17.00 ходит гулять в парк. Но сегодня очень сильный дождь, буря, и вместо прогулки чтение книг.

У детей с синдромом РДА особый интерес к сенсорным проявлениям: они очарованы звуками кофемолки, пылесоса, часами слушают классику, Ахматову, там определенный ритм. У таких детей особый интерес к музыке.

У других детей интерес к знакам: они не принимают изображения, а рассматривают буквы, схемы, таблицы. В три года они считают до 100, знают алфавит, геометрические фигуры.

**3.** Особое развитие речи.

У детей с РДА речь развивается с задержкой. Словарь оторван от того, что ребенок видит в быту: луна, лист. «Мама» - это стол, а не родной человек.

Эхолалия. Ребенок повторяет слово или фразу, сказанную другим человеком. Эхолалия делает невозможным общение с таким человеком. Большое количество слов – штампов («попугайность» речи). Эти штампы хорошо сохраняются в речи ребенка, он их часто применяет в нужном месте диалога, и все создает иллюзию развитой речи. Мама ставит ребенка в угол, а он: «Ну, что же, теперь твоя душенька довольна», «Смилуйся, государыня – рыбка», «Что спорить с проклятою бабой? Еще пуще старуха бранится». У ребенка спрашивают: «Ты видел сон?», а он: «По усам текло, а в рот не попало» (ответ непонятный).

Позднее появление в речи личностных местоимений (особенно «Я»), нарушение грамматического строя, нарушение просодических компонентов речи, речь монотонна, невыразительна, эмоционально бедная. Словарь расширен до чрезмерности или сужен «до буквальности».

В нашей стране проблемой детей с синдромом РДА занимается О. Никольская, доктор психологических наук. Она выделяет 4 группы аутизма и в основу кладет степень выраженности нарушения контакта со средой.

**I группа.** Самая тяжелая. Дети с отрешенностью от внешнего мира.

Эти дети безречевые. Ребенку 12 лет, а он не говорит. Слух и зрение в норме. Гуление и лепет такого ребенка носят своеобразный характер, не выполняют коммуникативную функцию.

Иногда эти дети с гулением, лепетом, с первыми словами в 8 – 12 месяцев. Эти слова оторваны от реальных потребностей: ветер, луна. Слов МАМА, БАБА нет, или ими называет какие – либо предметы. В 2 – 2,5 года речь исчезает. Она может никогда не появится. Это мутичность. Иногда, очень редко, может происходить прорыв мутизма словом или фразой. Например, ребенок молчал 5 лет, потом слушая жалобы мамы, сказал: «Надоела уже» - и замолчал снова. Считается, что речь они понимают. Все это требует длительного наблюдения, и если присмотреться, то он все понимает. При таком ребенке нельзя обсуждать его проблемы. Эти дети не откликаются на просьбы, на свое имя. У ребенка полевое поведение, то есть он бесцельно перемещается в пространстве. Ребенок берет игрушки, бросает их. Он двигательно расторможен. У него отсутствуют реакции на голод, боль. Эти дети беспомощные. Они нуждаются в постоянном контроле, «кондукторе по жизни».

При усиленно коррекционной работе можем:

1. сформировать навыки самообслуживания;
2. учить элементарным навыкам чтения про себя (методика глобального чтения);
3. обучить элементарным счетным операциям.

Адаптация таких детей очень затруднена: он может вывалиться из окна, убежать из дома не разбирая дороги. В этом случае прогноз неблагоприятный.

Соматически здоровы. Малоболеющие.

**II группа.** Дети с отвержением окружающей среды.

Этот вариант легче, чем 1 группа, но это тоже дети – инвалиды.

Первые слова появляются в период от года до трех лет. Ребенок начинает говорить целые шаблонные слова, фразы. Словарный запас накапливается очень медленно, за счет механического запоминания, и закрепляется благодаря склонности ребенка к стереотипии. Фразы аграмматичны. Прилагательные не используются. Ребенок говорит о себе во 2 и 3 лице. Он цитирует много песен, сказок, но не связывает их с окружающей обстановкой. С таким ребенком очень трудно вступить в контакт. Он, не желая общаться, начинает петь песню. Грубо выражена эхолалия.

В плане поведения эти дети труднее, чем первые. Они диктаторы, они ставят свои условия. Они избирательны в общении, у них симбиотическая связь с мамой на физическом уровне. Через аутостимуляцию они ведут борьбу со страхами: мычание, раскачивание на стуле, слушание одних и тех же песен в течение четырех часов, облизывание всех предметов, иногда совсем неподходящих для этого, перебор пальцев у лица и т.д.

Прогноз лучше, чем в 1 группе. При усиленной коррекционной работе можно сформировать навыки самообслуживания. Адаптированы лишь в условиях дома. Здесь, как и в 1 группе, страдает интеллект, поэтому часто на городской ПМПК пересматривают диагноз и направляют в школу VIII вида, где он получает начальное образование.

**III группа** Дети с замещением окружающего мира.

У детей раннее речевое развитие. Родители радуются, что ребенок говорит первые слова в 8 – 12 месяцев, фразу в год – полтора. У ребенка хорошо развита механическая память, быстро накапливается словарь. В его речи много оборотов: по видимому, мы полагаем, что. Речь его стереотипна, она отражает речь взрослого. Окружающие восторгаются: «Он рассуждает как взрослый». У него очень длинные монологи на значимые для него темы: насекомые, транспорт, морские хищники. Он «ходячая энциклопедия» в рамках одной темы. Диалог с ним невозможен, зациклинность осложняет работу с ним.

У таких детей сложные формы защиты: фантазии, сверхценные интересы, сверх – пристрастия.

Обучаются эти дети в СКОУ VIII вида или индивидуально в массовой школе.

**IV группа.** Дети с повышенной ранимостью сверхтормозимостью.

Этот ребенок требует поддержки взрослых: мамы, психолога.

В возрасте 2 – 2, 5 лет резко снижается речевая активность ребенка, идет регресс речи, но полным мутизмом не заканчивается. Речевое развитие приостанавливается до 5 – 6 лет. В результате бедный словарь. Детям часто ставят диагноз УО. На заданные вопросы дети не отвечают, а лишь эхолалически повторяют его. Несмотря на то, что ребенок мало говорит, его пассивный словарь превосходит возрастную норму. Фраза аграмматична. Речь спонтанная, менее штампированная. Эти дети парционально одарены: у них математические, музыкальные способности, прекрасно рисуют, и т.д.

У ребенка большое количество страхов. Отсутствие контактов с чужими людьми. Он эмоционально зависит от мамы, от родных.

Дети обучаются в массовой школе, и им часто не ставят этот диагноз. Просто, все знают, что они не от мира сего. У них высшее образование. Во взрослом состоянии они пишут: «Мы изначально другие. Мы не можем быть, как вы. Нас не трогайте»

**Работа с детьми, имеющими синдром РДА, включает несколько блоков:**

**I.** Медицинская коррекция.

Наблюдение у психиатра. Специальная схема лечения. Общеукрепляющая терапия (низкий иммунитет, вялость).

**II.** Психологическая коррекция.

1. преодоление отрицательных форм поведения: агрессивности, эгоизма, эмоциональной холодности к переживаниям, проблемам других людей;
2. формирование целенаправленного поведения. Так как у ребенка стереотипии в поведении, то он будет так работать, так демонстрировать свое отношение к работе, как его научили. И общество получит ответственного за свою работу человека от физика – теоретика до уборщика мусора;
3. смягчение эмоционального и сенсорного дискомфорта, снижение страхов, тревожности;
4. формирование коммуникативных навыков.

**III.** Педагогическая коррекция.

1. формирование навыков самообслуживания, так как дальнейшая социализация невозможна, если дети не умеют держать ложку, пользоваться туалетом, одеваться. Это очень трудно, так как дети с РДА более ленивы, чем остальные;
2. пропедевтическое обучение (коррекция внимания, моторики, логопедическая работа).

**IV.** Работа с семьей.

О. Никольская и ее лаборатория обозначили признаки, которые исключают возможность обучения ребенка в школе:

1. отсутствие целенаправленной деятельности по типу апатического дефекта. Это дети 1 группы с отрешенностью от внешнего мира. У них отсутствует реакция на голос, свое имя. Они постоянно раскачиваются.

Наличие полевого поведения с невозможностью фиксации внимания и взора: ребенка трудно усадить, он бегает, не смотрит, не выполняет инструкции взрослого. Все это затрудняет обучение. После медикаментозного лечения меняется поведение, «полевые» становятся спокойнее. Если нет положительной динамики, то говорим о злокачественном ходе болезни, о шизофрении;

1. отсутствие речи до 5 лет. Речь в виде нечленораздельных звуков, крики разных интонаций, наличие отдельных слов, не адресованных реальным ситуациям, даже в случаях витальных потребностей. Ребенок говорит фразу: «И она превращается». К чему? Непонятно. Это не речь;
2. наличие постоянных немотивированных полярных аффективных реакций на уровне проявлений удовольствия – неудовольствия, гнева, выражающихся бурно с общепсихомоторным возбуждением. Поведение ребенка дезорганизовано. Необучаем;
3. полная неподчиняемость, негативизм поведения. Ребенок ведет себя так, как хочет. Он может быть умнее на несколько лет вперед, чем его сверстники;
4. длительное сохранение примитивного уровня исследовательского поведения: рука – рот. Ребенок все пробует на зуб. Он может съесть пластилин, кнопки, 38 шурупов, выпить клей.

В ряде случаев встречаются аутистические черты поведения у детей с тяжелыми интеллектуальными нарушениями (имбецильность, идиотия).

Есть и другой вариант: помимо аутистических нарушений у ребенка есть поражение головного мозга и обусловленная им интеллектуальная недостаточность, чаще всего умеренная или тяжелая. Работа с таким учеником исключительно сложна, поскольку здесь сложный дефект (аутизм и интеллектуальное недоразвитие). Применение классических методик олигофренопедагогики оказывается неуспешным из – за выраженных аутистических особенностей личности, а способы тонизирования эмоциональной среды не осмысливаются в силу низкого интеллекта. Тем не менее, О. Никольская рекомендует обучать детей со сложным дефектом (РДА +УО), как детей с синдромом РДА.

**Литература**

1. Аутичный ребенок: проблемы в быту / Под ред. С.А. Морозова. – М., 1998.
2. Исаев Д.Н. Психология умственно отсталых детей и подростков.
3. Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего аутизма. – М., 1991.
4. Никольская О.С. и др. Аутичный ребенок. Пути помощи. – М., 1997.
5. Специальная педагогика / Под ред. Н.М. Назаровой. – М., 2000.