**Система коррекционной психолого-педагогической помощи при раннем детском аутизме.**

1Введение.

2 Основная часть.

2.1 Причины аутизма.

2.2 Особенности развития психики и личностной сферы детей с РДА.

2.3 Система коррекционной психолого- педагогической помощи при РДА.

3 Заключение.

4 Литература.

Введение

Последнее время стало все больше уделяться внимания проблеме изучения и коррекции различных психических расстройств у детей. Появилось достаточно много литературы, в том числе и рекомендательной по вопросам умственной отсталости, нарушениям обучения и воспитания, отклонениям в поведении и общении. Но еще многие вопросыостаются не до конца изучены. Хотелось бы остановиться на проблеме раннего детского аутизма (РДА), при котором нарушение общения преобладает во всем поведении ребенка и занимает доминирующее место в формировании его искаженного психического развития, в то время как при других дефектах психического развития нарушения общения имеют вторичный характер и значительно уменьшаются или исчезают при коррекции основного расстройства: умственной отсталости, невротических расстройств, дефектов речи и слуха и других нарушениях. Коррекция раннего детского аутизма носит особый, достаточно сложный характер.

Ранний детский аутизм (классический аутизм или синдром Каннера) – отклонение в психическом развитии ребенка, включающее не одну дисфункцию. Понятие аутизма представляет собой комплексное нарушение, в большей мере, чем эпилепсия и умственная отсталость. Главным проявлением аутизма является нарушение общения ребенка с окружающим миром.

Разные авторы, изучающие проблему РДА, дают своё понятие этому виду дизотогении. Приведу некоторые из них.

Аутизм – это комплексное нарушение развития, включающее проблемы с социальным взаимодействием, освоением языка и целым рядом эмоциональных, когнитивных, двигательных и сенсорных способностей, а также отставание в развитии этих способностей (Стенли Гринспен)

К.С. Лебединская под термином АУТИЗМ понимает «отрыв от реальности, уход в себя, отсутствие или парадоксальность реакций на внешние воздействия, пассивность и сверхранимость в контактах со средой».

Существует следующие виды расстройств аутистического спектра:

Ранний детский аутизм (синдром Каннера) — для этого синдрома характерна изоляция человека от окружающих его людей, развитие речи слабое, человек живет в своем мире.

Синдром Аспергера — больные отказываются общаться с окружающими, слабо владеют жестикуляцией, мимикой, но у них развито логическое мышление. Если больной заинтересован в решении какой-нибудь задачи, он решит ее.

Атипичный аутизм — проявляется у взрослых людей. Для этого вида аутизма характерно тяжелое поражение головного мозга человека. Состояние больного тяжелое, нарушена речь, движения беспорядочны, взгляд направлен в одну точку по несколько часов.

2.1 Причины аутизма**.**

Причины возникновения РДА до конца не выявлены, и при этом имеющиеся в литературе данные достаточно противоречивы, что во многом затрудняет процесс диагностики и коррекции. Аутизм чаще всего выявляется у мальчиков (примерно в 4 раза чаще, чем у девочек). В среднем частота встречаемости аутизма 6 на 1000 человек. Вот лишь некоторые теории этиологии данного заболевания:

* ***Наследственная отягощенность***: развитие РДА зависит не от одного гена, а от группы генов. Наиболее вероятен мультифакторный механизм: генный комплекс передает лишь предрасположенность к её развитию и реализуется лишь при наличии неспецифического провоцирующего (манифестного) фактора: а/ экзогенный (травма, инфекция, интоксикация, психотравма); б/ эндогенный (возрастной криз, конституциональные особенности).
* ***Органическое поражение ЦНС*** рассматривается в связи с этиологией аутизма более 50 лет. Как показывает опыт, у большинства детей с диагнозом РДА при внимательном исследовании обнаруживаются признаки органического поражения ЦНС, однако их происхождение и квалификация устанавливаются сложно (в исследованиях В.Е. Кагана – преимущественно левого полушария, в том числе речевых зон). Накопленного материала пока недостаточно, чтобы связать РДА с определенной локализацией поражения.
* ***Психогенный фактор*** рассматривается в США и Западной Европе в рамках психоаналитического подхода. Ряд авторов полагают, что в «формировании синдрома РДА значительная роль отведена хронической психотравмирующей ситуации, вызванной нарушением эффективной связи ребенка с матерью, холодностью последней, ее деспотическим давлением, парализующим эмоциональную сферу и активность ребенка». Это отражено в работах специальной экспериментальной группы, созданной при НИИ дефектологии АПН СССР. Исследования проводились В. В. Лебединским, О.С. Никольской, Е.Р. Баежной, М.М. Либинич и др. В отечественной литературе есть указания на то, что психогенный аутизм возможен, но четких характеристик этих форм нет.

Итак, причины детского аутизма еще не достаточно изучены. Но необходимо отметить, что детский аутизм – это прежде всего вызванное особыми биологическими причинами нарушение психическогоразвития, которое проявляется очень рано.

**2.2 Особенности развития психики и личностной сферы детей с РДА**

Клинико-психолого-педагогическая картина аутистических расстройств личности сложна, многообразна и необычна в сравнении с другими нарушениями психического развития. Основными признаками синдрома РДА, согласно Л. Каннеру, является триада симптомов:

• аутизм с аутистическими переживаниями;

• стереотипное, однообразное поведение с элементами одержимости;

• своеобразные нарушения речевого развития.

 Ранний детский аутизм проявляется уже на третьем году жизни и характеризуется следующими особенностями:

1. Стереотипный тип поведения;
2. Выраженные поведенческие нарушения в форме фобий;
3. Немотивированные приступы ярости, агрессии;
4. Чрезвычайно большие отличия в уровне интеллектуального развития;
5. Специфические особенности в развитии сенсорной сферы;
6. Характерные нарушения речи (искаженное речевое развитие, эхолалии, аграмматизмы, речевой мутизм и др.)
7. Нарушения моторного развития (задержка психомоторного развития, двигательные стереотипии, ходьба на цыпочках);
8. Более или менее выраженные страхи, особенно в новой обстановке.

В российской литературе можно встретить совсем другой подход к данному синдрому. Специалисты Института коррекционной педагогики Российской академии образования и Центра лечебной педагогики выделяют разные формы детского аутизма, исходя  из ярких проявлений патологических форм компенсаторной защиты:

1. полная отрешенность от происходящего (отсутствие речи и невозможность организовать ребенка: поймать взгляд, добиться ответной улыбки, услышать жалобу, просьбу и т.д.),
2. активное отвержение (неприятие большей части мира, задержка психического развития, прежде всего речи, строгое соблюдение сложившегося жизненного стереотипа),
3. захваченность аутистическими интересами (трудности взаимодействия, экстремальная конфликтность ребенка, невозможность с его стороны уступить, учесть интересы другого),
4. чрезвычайная трудность организации общения и взаимодействия (повышенная ранимость, тормозимость в контактах, неразвитость самих форм общения, трудности сосредоточения).

Клинические проявления при РДАкрайне разнообразны. Они включают следующие особенности

**1. Особенности общения**

Основным признаком заболевания считается аутизм - невозможность устанавливать отношения с окружающими людьми, болезненная боязнь контакта с ними, отгороженность от внешнего мира. Это проявляется с самого рождения отсутствием адекватной эмоциональной реакции на мать, тревогой при общении со всем новым, игнорированием общения со сверстниками, стремлением к территориальному уединению, одинаковым отношением к одушевленным и неодушевленным предметам, гиперчувствительностью к физическому воздействию, прикосновению и т. д.

Отношения с матерью. На первом году жизни достаточно специфичным является отсутствие характерной «позы готовности» (встречного движения) при взятии ребенка на руки. В целом характерны 3 формы отношений с матерью: а) симбиотическая (при уходе матери возникает тревога); б) аутистическая (не реагирует на присутствие и уход матери, предпочитает оставаться в одиночестве; в) негативистическая (ребенок пытается прогнать мать, отталкивает рукой). Эти формы могут сменять одна другую.

Отношения с детьми. В отношениях с детьми достаточно отчетливо наблюдаются: а) попытки избежать общения (тянет мать за руку и говорит «уходим, уходим»); б) полная индифферентность (играет в песке, не обращая внимание на детей); в) появление страха в присутствии детей; г) избирательность общения с детьми;

д) агрессивные действия в адрес детей, в том числе и к собственным братьям, сестрам.

**2. Особенности речевых расстройств у детей с РДА**

В.М.Башина и Н.В.Симашкова считает, что в настоящее время ранний детский аутизм рассматривают в круге дизонтогенеза, одним из кардинальных проявлений которого являются нарушения развития речи. L.Kanner (1943) к одному из проявлений синдрома аутизма отнес искаженное развитие речи с только ему присущим использованием глагольных форм и местоимений по отношению к собственной личности. Он выделил так называемую запоздалую эхолалию, проявляющуюся в буквальном повторении вопросов с сохранением не только слов, но и интонаций. L.Bender (1952) описала своеобразное «деревянное», «чревовещательное» качество речи, механические модуляции голоса, особенности его высоты и тональности.

По мнению T.Shapiroua и G/Ginsberga (1971), наиболее характерным для речи детей с аутизмом является одновременное сочетание «жаргона», «неполной» и «зрелой речи». В.М.Башина (1974) объяснила это явление тем, что для страдающих аутизмом свойственны неравномерность созревания речевой и других сфер деятельности, нарушение иерархических взаимоотношений между простыми и сложными структурами в пределах каждой функциональной системы.

Отдельные специалисты подчеркивали, что такие речевые нарушения, как искажение грамматических форм в фразах, отсутствие логической связи между отдельными фразами, фрагментарность, разорванность ассоциаций, характерных для РДА, свидетельствует о выраженных нарушениях мышления. Речевой дефект заключается в нарушении понимания устной речи, осознания смысла прочитанного, что ведет к резкому отставанию речевого развития, а следовательно, и к социальной отгороженности.

У большинства детей хорошо развита крупная моторика, однако обнаруживаются затруднения координации, дети выглядят неуклюжими, у них отсутствуют судорожные движения, моторная умелость, мелкая моторика отстает от возрастного уровня. Изменение речи у детей с РДА весьма разнообразна, включают в себя нарушения различного генеза и разного патогенетического уровня:

● нарушения речи как следствие задержанного развития (косноязычие, физиологическая эхолалия, бедность запаса слов и др.);

● речевые нарушения в связи с задержанным становлением сознания Я в виде неправильного употребления местоимений и глагольных форм;

● речевые нарушения кататонической природы (эхолалии, внутренняя речь затухающая, мутизм, скандирование, растянутое или ускоренное звукопроизношение , нарушения тональности, темпа, тембра речи и др.);

● психического регресса (появление речи довербального фонематического уровня);

● расстройства речи, связанные с патологией ассоциативного процесса(нарушения смысловой стороны речи в виде незавершенных, непоследовательных ассоциаций и др.);

К.Гилберг и Т.Питерс считает, что при аутизме в основании дефекта в большей степени лежит нарушение понимания коммуникации. Основная проблема – ограниченная способность человека понимать значение коммуникации, а именно: обмена информацией (знаниями, чувствами) между двумя людьми. Эта способность обычно является ограниченной при дисфазии.

У небольшого количества людей с аутизмом (около 1-го из 5, исходя из клинического опыта), речь сама по себе нарушена, и при этом аутизму сопутствует дисфазия. Это комбинация проблем предположительно может быть обнаружена у людей с аутизмом, которые, как кажется, хотят говорить, но не могут этого сделать. Это те дети, которые никогда не говорили, кроме тех, у которых был период некоторого (хотя минимального) развития речи. Большинство людей с аутизмом, в действительности, обладают способностью говорить, но не могут выяснить цель речи.

По мнению К.С.Лебединской и О.С.Никольской, уже начальные «доречевые», проявления речи нередко указывали на неблагополучие ее коммуникативной функции.

Гуление появляется вовремя, но нередко звуки лишены интонирования.фаза лепета слабо выражена либо отсутствует вообще – от гуления ребенок сразу переходил к произнесению слов. Иногда первые слова были необычными для данного речевого этапа и малоупотребляемыми: «трактор», «буква», «луна», «музыка» и т.д.

Нередко, фразовая речь не развивалась вообще, однако, в аффекте такой ребенок мог неожиданно произнести короткую фразу.

У некоторых детей отчетливо выступают нарушения звукопроизношения: невнятность, скомканность, «свернутость» слова, произнесение лишь определенных его слогов.

Таковы особенности развития речи и речевых расстройств аутичных детей. При всем их разнообразии можно выделить четыре основные особенности:

● некоммуникативность речи;

● ее искаженность: сочетание недоразвития различных компонентов, служащих взаимодействию с окружающим и акселерация аффективной речи, направленной на аутостимуляцию;

● часто наличие своеобразной вербальной одаренности;

● мутизм или распад речи.

Речевые расстройства, будучи в значительной мере следствием нарушений общения, усугубляют затруднения в контакте с окружающим, поэтому работа по развитию речи должна начинаться как можно в более раннем возрасте.

**3. Особенности эмоционального развития. Аффективные нарушения.**

В младенческом возрасте наблюдается задержка сроков появления первой улыбки. Отсутствуют положительные эмоции в ответ на улыбку взрослого, ласковый разговор. Ребенок улыбается, как правило, при виде неодушевленного предмета. «Комплекс оживления» возникает позднее, отмечается рудиментарность его проявления (отсутствие одного из компонентов - замирания, движения, вокализаций, улыбки). Впоследствии эмоциональная реакция на появление матери и близких также отсутствует.

В раннем возрасте отмечается задержка формирования, слабость (иногда чрезмерная выраженность) эмоций - удивления, обиды, гнева. В целом эмоции характеризуются трудностью возникновения, отмечается слабая эмоциональная откликаемость при общении со взрослым. В ряде случаев наблюдаются немотивированные колебания настроения. Ребенка часто беспокоит страх при появлении животных, бытовых шумов (звуки пылесоса, полотера, электробритвы, фена, шума в водопроводных трубах и т. д.), тихих звуков (шелеста бумаги, жужжания насекомых и т. д.). Тревога при изменении яркости света, цвета и формы предметов, прикосновения, влаги. Страхи высоты, лестницы, огня. Отсутствие страха темноты.

Основное качество эмоциональных реакций выражается в их несоответствии определенным ситуациям, событиям. Наиболее характерно преобладание тревожного напряжения или выраженной тревоги (капризность, постоянное беспокойство) при попытках изменить сложившийся порядок жизни, игры, расположение предметов в комнате, времени и места прогулки, предложить новый вид пищи, поменять одежду. Последнее представляет собой относительно специфический симптом - феномен «тождества», проявляющийся в потребности сохранения сложившегося порядка, страха перед переменами. Тревожное напряжение возникает при появлении посторонних, при проявлении внимания, особенно при попытках проникнуть во внутренний мир ребенка. Достаточно часто можно наблюдать равнодушное отношение в тех ситуациях, когда, напротив, дети должны обнаруживать недовольство или беспокойство. При играх эпизодически появляется улыбка на лице и выражение довольства.

**4. Особенности познавательной деятельности**

По результатам обследования с помощью методики Векслера выявлено, что общий интеллектуальный показатель ниже, чем у детей с нормальным развитием, но выше, чем при олигофрении. Средний уровень невербальных показателей в одной трети случаев соответствует показателям при олигофрении, и прежде всего таким показателям, как выделение последовательности событий, пространственных отношений, способности переключения внимания на предметном уровне. Отмечается неравномерность показателей вербально-интеллектуальной функции. Общий объем знаний, понимание общественных норм жизни и способность оперировать числами ниже нормы. Активный запас слов и механическая память - выше нормы. Мышление носит конкретный, «регистрирующий», «фотографический» характер. Отмечается достаточный уровень развития отдельных способностей, например, значительный запас сведений в области ботаники, энтомологии, астрономии и пр. При этом дети употребляют латинские обозначения, приводят классификацию и, вместе с тем, не владеют пространственными понятиями и навыками, например, право-лево, при письме неровная строчка с корявыми и прыгающими буквами и зеркальным изображением. Таким образом, структура интеллектуального дефекта у детей с ранним детским аутизмом качественно иная, чем при олигофрении. Собственно интеллектуальная недостаточность «перекрывается» нарушениями личности и поведения.

**5. Нарушение двигательных навыков**

В период младенчества обращают на себя внимание различные двигательные стереотипии: раскачивание в колыбели, однообразные повороты головы, ритмичные сгибания и разгибания пальцев рук, упорное длительное раскачивание стенок манежа, на игрушечной лошадке, качалке, кружение вокруг своей оси, машущие движения пальцами либо всей кистью.

На первом году жизни отмечается также задержка развития навыков самостоятельного сидения, ползанья, вставания. Их особенностью является отсутствие ускорения развития при активной помощи со стороны взрослого. Характерна «внезапность» перехода к ходьбе и практически одновременное появление навыка бега с навыком ходьбы. К особенностям бега относятся: импульсивность возникновения, особый ритм (стереотипное перемещение с застываниями), бег с широко расставленными руками, на цыпочках. Особенностями походки являются: «деревянность» (ходьба на несгибаемых ногах), порывистость, некоординированность, ходьба по типу «заводной игрушки». С раннего возраста могут отмечаться такие особенности движений, как медлительность, угловатость, порывистость, неуклюжесть, «мешковатость», «марионеточность». В ряде случаев это необычная грациозность, плавность движений, ловкость при лазанье и балансировании.

Значительно запаздывает освоение указательных жестов, отрицательно-утвердительных движений головой, жестов «согласие-несогласие», «приветствие-прощание» (например, помахал рукой, стоя спиной к врачу). Характерны затруднения в имитации движений и жестов взрослых и сопротивление помощи при обучении двигательным навыкам.

К особенностям мимики относятся ее бедность, напряженность, иногда неадекватные гримасы. Часто наблюдается неподвижный, застывший, «испуганный» взгляд. В ряде случаев отмечаются красивые лица с «прорисованными» чертами («лицо принца»).

В целом относительно специфическими симптомами нарушения движений при раннем детском аутизме являются: а) атетозоподобные движения пальцев рук - стереотипные движения в виде перебирания, складывания, сгибания и разгибания пальцев; б) стереотипные движения в форме потряхиваний, взмахиваний, вращении кистями рук, подпрыгивание в виде отталкивания кончиками пальцев, бег на цыпочках, кружение, раскачивание головой и туловищем. Двигательные стереотипии полностью исчезают после 6-8 лет, реже наблюдаются до 12 лет.

**6. Особенности игровой деятельности**

С раннего возраста для игровой деятельности характерны элементарные формы. Отмечается либо полное игнорирование игрушек, либо их рассматривание без стремления манипулировать. В основном наблюдаются кратковременные или более длительные стереотипные действия с такими предметами обихода, как веревочки, ключи, гайки, бутылки и т. д. Реже встречается интерес к игрушкам, но и при этом преобладают такие стереотипии, как верчение игрушками перед глазами, перекладывание с места на место, постукивание об пол или касание игрушками лица, обнюхивание, облизывание. В игре отсутствуют игровые сюжеты. Характерны игры со струёй воды, переливание жидкости из одной посуды в другую. Отмечен интерес к старым ржавым трубам, велосипедным колесам. Попытки родителей прервать стереотипные действия вызывают выраженные эмоциональные реакции протеста, истошные крики, плачь.

**7. Особенности восприятия**

Зрительное восприятие. В младенческом возрасте может отсутствовать слежение за движущимся предметом. Длительно не формируется навык узнавания близких (матери, отца, родственников).

Специфическими являются такие особенности зрительного поведения, как непереносимость взгляда в глаза, преобладание периферического зрения, взгляд мимо или «сквозь людей», «бегающий взгляд», поиск необычных зрительных впечатлений (перелистывание страниц), явление «псевдослепоты», длительная сосредоточенность взгляда на «беспредметном» объекте - световом пятне, блестящей поверхности, узоре обоев, ковра, мелькании теней. При этом отмечается особое, «завороженное» их созерцание. Характерна гиперчувствительность к зрительным стимулам, например, испуг при включении света, раздвигании штор. Как следствие, ребенок стремится находиться в темноте.

Слуховое восприятие. В младенчестве отмечается длительное отсутствие реакции на звук, в дальнейшем сменяющееся гиперчувствительностью, предпочтением тихих звуков. Ребенок не привыкает к характерным звукам домашней обстановки (звонку, пылесосу), длительно прислушивается к звуку разрывания бумаги, шуршания целлофановых пакетов, раскачивания створок двери. Отсутствует реакция на словесные обращения, отклик ребенка на свое имя, избирательность ответных реакций на речь. Рано возникает интерес к прослушиванию музыки.

Тактильная, вкусовая, обонятельная и проприоцептивная чувствительность. Вначале с раннего возраста наблюдается слабость или отсутствие реакции на мокрые пеленки, холод, голод, прикосновение. В дальнейшем появляется гиперсенситивность к тактильным раздражителям, ребенок противится пеленанию, купанию, причесыванию, стрижке ногтей и волос. Его стесняет одежда, обувь, он стремится раздеться донага. Характерны необычные вкусовые предпочтения в виде тяги к несъедобному. Отмечается гиперсенситивность к запахам и вкусам. Знакомство с новыми предметами и игрушками ребенок начинает, предварительно длительно ощупывая, обнюхивая и облизывая их. Находясь одни, дети часто «стимулируют» себя, напрягая тело и конечности, ударяя себя по ушам, зажимая их при зевании, ударяя головой о коляску, спинку кроватки.

**8. Пищевое поведение и сон**

Отмечаются нарушение ритма «сон-бодрствование», засыпание лишь в определенных условиях (на улице, на балконе, при укачивании), поверхностность, прерывистость сна днем, «спокойная бессонница», вялость при сосании груди, избирательность в еде (чрезмерная чувствительность к твердой пище, употребление только протертой, предпочтение одного вида пищи и отвержение новых, трудность введения прикорма), жесткое следование усвоенному пищевому режиму и болезненная реакция на его изменение. Кормление возможно лишь в особых условиях (например, ночью, в просоночном состоянии). Нередки явления срыгивания, привычные рвоты, запоры.

**9. Нарушение влечений**

Может наблюдаться жестокость к родителям, другим детям, животным. Агрессивные действия возникают как способ привлечь внимание окружающих, вступить в игру, а также как проявление радости. Аутоагрессивные действия носят спонтанный характер или возникают при неудачах. Инстинкт самосохранения может значительно снижаться. Дети часто выпадают из коляски, окон, стремятся выбраться из манежа, выбегают на проезжую часть улицы, убегают от матерей на прогулке.

В зависимости от характера степени проявления симптомов в настоящее время принято выделять 4 группы РДА. Данная классификация предложена О.С. Никольской (в зависимости от интенсивности поражения базальной аффективной среды).

**1 группа**: наиболее тяжелая степень поражения. Наблюдается полевое поведение: ребенок бесцельно перемещается по комнате, может залазить на мебель, прыгать со стульев; отрешенность от внешней среды; им свойственна агрессивность доходящая до патологии. Эмоциональный контакт отсутствует, реакция слабая. Лицо выражает состояние эмоционального покоя. Речь отсутствует, хотя понимание может быть не нарушено. Дети избегают сильных стимулов: шума, яркого света, громкой речи, прикосновений. Эти дети почти не владеют навыками самообслуживания, поэтому нуждаются в постоянной помощи и поддержке взрослых. Они имеют наихудший прогноз развития.

**2 группа:**детям свойственна отвержение внешней среды. Им характерны многочисленные страхи, импульсивность, манерность, симбиотическая связь с матерью, возможно выполнение простых просьб матери. Иногда отмечается сочетание холодности, нечувствительности к эмоциям других людей с повышенной чувствительностью к состоянию матери. Ребенок реагирует на физические ощущения (холод, голод, боль); требует сохранения постоянства в окружающей среде; тяжело переживает перестановку мебели при этом могут отказываться от пищи, могут быть утрачены навыки самообслуживания (заметны с 2-3-х лет). Стереотипные движения, направленные на стимуляцию органов чувств: надавливание на глазные яблоки, шуршание бумагой, вращение предметов перед глазами, прослушивание одних и тех же пластинок. Вестибулярный аппарат стимулируется прыжками, раскачиванием вниз головой и т.п. Речь – однотипные штампы – команды для любого присутствующего. Эта группа, среди детей страдающих аутизмом, самая многочисленная. Прогноз их развития наиболее благоприятен: при соответствующей длительной коррекционной работе они могут обучаться даже в массовой школе.

**3 группа:**для детей этой группы характерны отвлеченные интересы и фантазии. Уровень когнитивного развития более высок. Их речь более развернута часто в виде эмоционально окрашенного монолога, ребенок способен выразить свои потребности. Отмечается противоречивость побуждений: - стремление к достижению цели при быстрой пресыщаемости; - пугливость, тревожность и потребность в повторном переживании травмирующих впечатлений. Часто встречаются агрессивные действия, пугающие сюжеты рисунков (изображения пожаров, бандитов и т.д.).они менее зависимы от матери и в меньшей степени нуждаются в постоянном присутствии и надзоре взрослых. Уровень эмпатии, как правило, низок. Прогноз развития также достаточно благоприятен.

**4 группа: РДА**является наименее тяжелой. Сверхтормозимость – отличительная черта детей этой группы. Дети способны к общению, у них сохранены интеллектуальные функции. Однако речь с аграмматизмами, нарушено употребление местоимений. Как правило, они очень робкие, пугливые, застенчивые, особенно в контактах, часто неуверенные в себе, поэтому у них выражена чрезмерная потребность в защите, ободрении, эмоциональной поддержке со стороны матери. У ребенка этой группы не хватает гибкости, разнообразия поведения, часто возникают ритуальные формы поведения как защита от страхов. Круг общения ограничен только близкими, хорошо знакомыми людьми. Они активно стремятся усвоить некий набор поведенческих штампов, который облегчает их адаптацию в коллективе. Эти дети часто бывают парциально одаренными. В ходе развития ребенка возможно как улучшение освоения навыков общения, постепенная адаптация, так и регресс, утрата ранее приобретенных навыков.

**2.3 Система коррекционной психолого- педагогической помощи при РДА**

О.С.Никольская классифицировала аутичных детей на четыре группы. Наличие вариантов с разной клинико-педагогической картиной, социальной адаптацией, прогнозом требует и различного коррекционного подхода, как лечебного, так и психолого-педагогического. Коррекционная работа с детьми с проявлениями раннего детского аутизма строится на основе тщательного и всестороннего изучения особенностей их развития. Учитывается клинический диагноз, данные психолого-педагогического изучения (уровень познавательных процессов и личностные характеристики)

По данным Института коррекционной педагогики Российской Академии образования (1999) при своевременной и правильно организованной коррекционной работе 60% детей с аутизмом получают возможность обучаться по программе массовой школы, 30% - по программе специальной школы того или иного типа и 10% адаптируются в условиях семьи. В тех случаях, когда коррекция не проводится, 75% вообще социально не адаптируются, 20-30% адаптируются относительно – они нуждаются в постоянной опеке, и лишь 2-3% достигают удовлетворительного уровня социальной адаптации

***Организация коррекционно-педагогической помощи детям с РДА***

Система помощи лицам с аутизмом начала впервые формироваться в США и Западной Европе в середине 60-х гг. Нужно, однако отметить, что первая в Европе школа для аутичных детей - Sotienskole – начала функционировать в Дании в 1920 году, когда ни в психиатрии, ни в специальной педагогике понятие «детский аутизм» еще не было сформулировано.

Из основных психолого-педагогических подходов к коррекции аутизма наиболее известны и зарекомендовали себя как достаточно эффективные при работе с детьми с расстройствами аутистического спектра (autisticspectrumdisorders):

-- Прикладной поведенческий анализ или Поведенческий подход (ABA) (Ивар Ловаас).   
--Эмоционально-уровневый подход, разработанный В.В.Лебединским, К.С.Лебединской, О.С.Никольской и другими авторами;   
--ТЕАССН-программа

-- Сенсорная интеграция (Э. Джин Айрес )

--Коммуникационная система обмена изображениями (PECS) (AndrewBondy)

--  Холдинг-терапия (Марта Велш )

-- Развитие межличностных отношений, РМО (Стивен Гатстин и Рашель Шили) и др.

Какие факторы следует учитывать при выборе подхода?    
      1. Характер структуры дефекта: специфика каждого из подходов такова, что на первых этапах коррекции ставятся различные задачи, роль разных сфер психической деятельности считается ведущей. Поэтому представляется разумным применять эмоционально-уровневый подход при работе с детьми, у которых на первый план выступают аффективные нарушения, особенно, если они служат основным препятствием к общению и развитию. С другой стороны, при выраженной умственной отсталости, когда интеллектуальные нарушения играют не меньшую роль, чем эмоциональные и коммуникативные, при отсутствии у ребенка страхов и сензитивности к контакту более логичным кажется использование поведенческих методик, которые позволяют формировать предпосылки для развития интеллекта.   
      2. Организационные возможности. Работа с использованием ТЕАССН-подхода и поведенческой терапии (в меньшей степени) требует определенной организации пространственной среды. Если нет возможности перемещать мебель, убирать из поля зрения ребенка лишние предметы, подбирать подходящие материалы и пособия, то от систематического применения этих подходов в своей работе лучше отказаться.   
Эмоционально-уровневый подход также предполагает создание особой среды, которая помогает ребенку чувствовать себя комфортно, а педагогу – находить возможности для взаимодействия с ребенком, но создать такую среду, как правило, легче.   
      3. Возраст ребенка на момент начала коррекционной работы является важным фактором, влияющим на решение о том, применение какого подхода наиболее адекватно. В первую очередь, учитывается психический возраст, определять который желательно не только при помощи тестов, но и опираясь на качественный анализ особенностей развития каждого ребенка, а также на уровень его социальной адаптации. Тот факт, что для сложных и осложненных форм аутизма характерно сочетание нескольких вариантов психического дизонтогенеза, делает задачу определения психологического возраста очень трудной. Весьма часто мы видим следующую картину: по своему аффективному развитию ребенок находится на уровне 2-3 месяцев, по речевому развитию – на уровне года, по развитию зрительного восприятия – на уровне 4-х лет, по развитию моторики – на уровне 3-х лет; при этом физический возраст ребенка – 5 лет. Если отставание аффективной сферы столь существенно, необходимо начинать коррекцию с применения эмоционально-уровневого подхода. Если нет возможности путем коррекции впрямую повлиять на эмоциональные нарушения, необходимо использовать более сохранные функции для максимально более полной реализации потенциальных возможностей ребенка. При этом сохраняется возможность опосредованного воздействия на аффективную сферу.

4.Социальная ситуация развития. Чтобы решить, как работать с ребенком, необходимо проанализировать, каковы реальные и потенциальные возможности его социальной адаптации. При знакомстве с семьей нужно попытаться сделать если не заключение, то хотя бы предположение о том, какое место занимает ребенок в семье, каковы ожидания родителей. Позиция родителей в отношении ребенка, требования, которые они к нему предъявляют, их готовность к сотрудничеству и участию в коррекционном процессе очень важны при выборе подхода. Если такое сотрудничество невозможно (например, в ситуации, когда родители работают, а с ребенком сидит бабушка), то, на наш взгляд, лучше применять эмоционально-уровневый подход, в рамках которого основная работа ведется "здесь и сейчас". Поведенческий и ТЕАССН подходы в большей степени рассчитаны на изменение всех сфер жизни ребенка на длительное время, поэтому их применение можно начинать, если есть уверенность в том, что семья будет работать в том же направлении, что и специалисты.

Из российских подходов к коррекции аутизма известна предложенная и О.С.Никольской методика комплексного медико-психолого-педагогического воздействия, основанная на представлении об аутизме прежде всего как об аффективном расстройстве. Лишь со второй половины 60-х гг. о детском аутизме заговорили как об особом отклонении психического развития, из чего следовала необходимость не только и не сколько медикоментозного лечения, сколько коррекционно-развивающей помощи.

Необходимость раннего коррекционного вмешательства при признаках аутического развития очевидна.

В коррекционной работе всегда ставится цель добиться для человека с аутизмом свободной и независимой жизни, что на практике означает научить возможно большему числу способов адекватного взаимодействия с окружающим миром. В традициях российской специальной педагогики принято использовать комплексное вмешательство, то есть сочетание медицинских и психолого-педагогических методов.   
      Главные принципы: использовать медикаментозные средства только в тех случаях, когда без них нельзя обойтись; не пытаться вылечить аутизм, но смягчить симптомы, мешающие работе педагога и психолога, снять по возможности сопутствующую симптоматику.   
     Среди психолого-педагогических методических подходов к коррекции аутизма можно выделить две группы:   
• основные, которые позволяют овладеть навыками общения, бытовыми, учебными, профессиональными, трудовыми и другими практическими навыками, которые необходимы в реальной жизни; использование одного из таких подходов является необходимым условием организации обучения, но этого не всегда достаточно;   
• вспомогательные методы создают условия для реализации основных, что иногда необходимо, но никогда не бывает достаточным (кроме немногих легких случаев в сочетании с адекватными условиями воспитания и обучения, прежде всего в семье).   
      Среди вспомогательных методов можно встретить иппотерапию, плавание с дельфинами, холдинг, различные методы эстето- и игротерапии и даже йогу. Использование только вспомогательных методов – одна из наиболее типичных ошибок.

Английские ученые ЛорнаВинг и ДжудитГолд (2000) считают важным в работе с детьми при аутизме реализацию принципа создания видимости времени. Качественные изменения при аутизме обусловливают и нарушения в ощущении времени. Слова, выражающие временные представления, не воспринимаются.возникает задача сделать время зримым. переход от одного вида деятельности к другому может вызвать взрыв ярости из-за неподготовленности и непонимания, что происходит. этих целях поэтапно вводят символы. составляется расписание, выраженное символами, в результате ребенок знает, чем будет заниматься, каков его распорядок работы, чем завершится его деятельность. Люди с аутизмом имеют потребность в планировании в течении всей жизни.

Важным в педагогической работе является принцип визуализации. Аутизм сказывается на качестве общения. У этих детей часто наблюдается эхолалия – постоянное повторение слов. Оно не является бессмысленным. Это искаженное средство коммуникации. Для включения детей в общение могут быть использованы коммуникативные карточки, на которых есть рисунки, позволяющие выражать желания, мысли. Первоначально общение происходит при минимальной вербальной коммуникации, которая для аутичных детей слишком абстрактна и трудна в использовании.В обучении учитывают, что дети с аутизмом отчаянно стремятся к коммуникации, но как сделать это, они не знают. Учитель исходит из того, что суть коммуникации не в словах.

Итак, коммуникация ведется не только на вербальном уровне, но и с использованием коммуникативных карточек с рисунками, символами.

Коррекционно-реабилитационная работа должна проводиться комплексно, группой специалистов различного профиля, включая детских психиатров, невропатологов, логопедов, психологов, педагогов-воспитателей, музыкального работника, а также родителей.

● Лечебная помощь строится на базе индивидуального клинического состояния ребенка и представлена разными лечебными профилями: психофармакотерапией, психотерапией. Фармакотерапия направлена на купирование психопатологических проявлений болезни, на активизацию ребенка, на ослабление психического напряжения.

● Коррекционная работа должна осуществляться поэтапно, исходя из степени выраженности аутистического дизонтогенеза ребенка с РДА.

Используются адаптированные для работы с аутистами обычные программы по обучению и организации игр для обычных и специализированных детских яслей и садов.

Оценка состояния ребенка-аутиста, уровня его развития, запаса знаний, поведенческих навыков проводится комплексно всеми специалистами и служит основой разработки индивидуального плана коррекционных мероприятий.

На первых этапах отрабатывается важнейшая реакция оживления и слежения, формируется зрительно-моторный комплекс. В последующем, развивают тактильное, зрительно-тактильное, кинестетическое, мышечное восприятие.затем проводится работа по воспитанию навыков самообслуживания.

На следующем этапе задача усложняется переходом от манипулятивной игры к сюжетной. Наиважнейшей стороной работы остается побуждение к деятельности, многократное повторение игр, формирование игровых штампов, с постоянным использованием зрительно-моторного комплекса.словесные комментарии необходимо давать в краткой форме.

Собственно педагогические программы должны быть направлены на обучение детей понятиям числа, счету, определению временных категорий, ориентировке в пространстве. Этап от этапа решается задача усложнения деятельности, увеличивается предлагаемый объем навыков и знаний. Любые задания должны предлагаться в наглядной форме, объяснения должны быть простыми, повторяющимися по несколько раз.речевые задания должны предъявляться голосом разной громкости, с обращением внимания на тональность.

И на последующих этапах работы по-прежнему решается задача усложнения деятельности, с постепенным переходом от индивидуальных к направленным игровым заданиям, еще позднее к сложным играм, упражнениям в группах по 3-5 и более детей.

● Логопедическая работа начинается с определения особенностей речевого развития свойственной детям-аутистам. соответствующая коррекция направлена на развитие слухового внимания, фонематического, речевого слуха. Осуществляется постановка звуков, вводится дыхательные, голосовые упражнения. Важной является задача расширения словарного запаса, развитие способности к составлению предложений по картинкам, работа над связным текстом.

Речь, как наиболее молодая функция центральной нервной системы, страдает в болезни в первую очередь и восстанавливается постепенно, поэтапно, в обратном порядке.

● Психологическая коррекция также начинается с диагностики проявлений психического дизонтогенеза ребенка в условиях его общей и игровой деятельности. Основной задачей является вовлечение аутистов в разные виды индивидуальной и совместной деятельности, формирование произвольной, волевой регуляции поведения. Освоение системы игровых штампов аутистами способствует формированию у них памяти, внимания, восприятия.

● Психотерапевтическая работа с самим аутистом и семьей направлена на коррекцию поведения ребенка, на коррекцию и укрепление семьи, привлечение семьи, привлечение родителей к воспитательной работе с ребенком, обучение приемам работы с ним.

Итак, система коррекционной психолого- педагогической помощи при РДА имеет следующие направленности:

Коммуникативная направленность работы по развитию речи ребенка с аутизмом

Организация интегрированного обучения и воспитания детей с РДА

Обучение аутичных детей в условиях Центров коррекционно-развивающего обучения и реабилитации

Существует целый ряд учреждений, куда могут быть помещены дети с аутизмом:

● центры по уходу за детьми в дневное время

● центры коррекционно-развивающего обучения и реабилитации (ЦКРОиР)

● медицинские дневные центры

● психиатрические дневные стационары

● специальные дошкольные и школьные учреждения

Организация индивидуальной коррекционной помощи ребенку с РДА

При выборе любого метода, направленности коррекционно-педагогической помощи детям с РДА необходимо учитывать следующее:

-Логика аффективного развития аутичного ребенка отражает направленность на создание надежных способов аутостимуляции, повышающей его психический тонус и заглушающей постоянно возникающий дискомфорт, хроническое состояние тревоги и массивные страхи.

-Помимо искажения психического развития очевидна выраженная эмоциональная незрелость аутичного ребенка. Поэтому, вступая во взаимодействие с ним, надо учитывать его реальный «эмоциональный возраст».

-Превышение доступного ребенку уровня взаимодействия неизбежно вызовет у него уход от возможного контакта, появление нежелательных протестных реакций: негативизма, агрессии или самоагрессии – и фиксацию негативного опыта общения. Основные параметры, по которым можно определить этот допустимый уровень взаимодействия, следующие:

– какая дистанция общения для ребенка более приемлема;

– каковы его излюбленные занятия, когда он предоставлен сам себе: бродить или бегать по комнате, раскачиваться, подпрыгивать, что-то крутить, перебирать, раскладывать, листать книгу и др.;

– как он обследует окружающие предметы: рассматривает; обнюхивает; тащит в рот; рассеянно, не глядя, берет в руку и тотчас бросает; смотрит издали, боковым зрением. Как использует игрушки: обращает внимание лишь на какие-то детали, манипулирует игрушкой для извлечения какого-либо сенсорного эффекта, проигрывает элементы сюжета, насколько эти манипуляции однообразны;

– сложились ли какие-то стереотипы бытовых навыков, насколько они развернуты, насколько жестко привязаны к привычной ситуации;

– использует ли он речь и в каких целях. Насколько она стереотипна, характерны ли эхолалии, в каком лице он говорит о себе;

– как он ведет себя в ситуациях дискомфорта, страха: замирает, возникают панические реакции, агрессия, самоагрессия, обращается к близким, жалуется, усиливаются двигательные стереотипии, стремится повторить или проговорить травмировавшую ситуацию;

– каково его поведение при радости: возбуждается, усиливаются двигательные стереотипии, стремится поделиться своим приятным переживанием с близкими;

– как он реагирует на запрет: игнорирует, пугается, делает назло, становится агрессивным, кричит;

– как легче его успокоить при возбуждении, при расстройстве: взять на руки, приласкать, отвлечь любимым лакомством, привычным занятием, уговорами;

– как долго можно удерживать его внимание и на чем: на игрушке, книге, рисунке, фотографиях, мыльных пузырях, свечке или фонарике, игре с водой и т. д.;

– как он относится к включению взрослых в его занятие (уходит, протестует, принимает, повторяет какие-то элементы игры взрослого или отрывки его комментария).

Основная нагрузка, как физическая, так и психическая, в воспитании ребенка ложится на его мать. Нужна регулярная помощь специалистов, которые могли бы квалифицированно оценить состояние ребенка, его динамику, подсказать матери конкретные коррекционные приемы в работе с ним, наметить следующие закономерные этапы психологической коррекции и обучения.

**Заключение**

Ранний детский аутизм – одно из сложнейших нарушений психического развития, при котором наблюдаются прежде всего расстройства процессов коммуникации, неадекватное поведение, трудности формирования эмоциональных контактов с внешним миром, окружающими людьми, и как результат, нарушение социальной адаптации

Несмотря на то, что причины детского аутизма еще недостаточно изучены, необходимо отметить, что в случае ранней диагностике ребенка, может быть поставлен или исключен диагноз раннего детского аутизма. С прогрессом медицины возможно проведение дифференциальной диагностики, что немаловажно в проблеме раннего детского аутизма. После проведения педагогической диагностики аутичных детей можно приступать к построению индивидуальной тактики комплексной коррекционной работы с детьми с РДА. При этом следует учитывать клинико-психологическую классификацию РДА.

Для педагогического персонала и родителей важно понимание природы аутизма. Ребенок-аутист нуждается в постоянном, квалифицированном медико-психолого-педагогическом сопровождении

Без своевременной и адекватной коррекционно-развивающей помощи значительная часть детей с синдромом РДА становится необучаемой и неприспособленной к жизни в обществе.

И наоборот, при ранней коррекционной работе большинство аутичных детей можно подготовить к обучению, а нередко и развить их потенциальную одаренность в различных областях знаний.

Отдельное внимание заслуживает работа по развитию речи. Она должна начинаться как можно в более раннем возрасте. Успех работы по развитию речи во многом зависит от действий родителей аутичного ребенка, в их взаимодействии со специалистами.

Наиболее эффективна коррекционная работа, имеющая индивидуальную направленность. Сочетание четкой пространственной организации, расписаний и игровых моментов может заметно облегчить обучение ребенка с РДА навыкам бытового поведения.

Приобретение самостоятельных специальных умений способствует формированию у него положительных черт поведения, уменьшению аутичных проявлений и других недостатков развития.

В коррекционной работе рекомендуется использовать много полезных, интересных и развивающих занятий, игр, упражнений, жестов.

Необходимо обратить внимание на интегрированное обучение и воспитание детей с РДА. Интеграция и коррекционная работа позволяет более успешно решать задачи социальной адаптации детей с аутистическими проявлениями.

Не каждого ребенка с проявлениями аутизма можно вывести на уровень нормального развития. Но в любом случае коррекционно-абилитационная работа поможет:

● организовать его поведение;

● развить способности к коммуникативному взаимодействию;

● обучить навыкам самообслуживания;

● сгладить негативные проявления аутизма;

● усилить психическую активность ребенка;

● научить проводить свободное время;

● подготовить и помочь в обучении

Все это поможет ребенку социализироваться и адаптироваться в обществе. В итоге, достигается улучшение качества жизни аутичных детей.

При создании коррекционной психолого- педагогической помощи детям с РДА целесообразно придерживаться следующих принципов:

– комплексный медико-психолого-педагогический подход к коррекции;

– интегративная направленность коррекционного процесса в сочетании со специализированным характером оказываемой помощи;

– преемственность коррекционной работы на всех возрастных этапах;

– учет интересов аутичного ребенка при выборе методического подхода;

– индивидуальный характер коррекции на начальных ее этапах с постепенным переходом к групповым формам работы;

– систематическая активная работа с семьей аутичного ребенка.

***Литература***

1. Аксенова Л.И. Социальная педагогика в специальном образовании: Учеб.пос. для студентов сред. пед. учеб. заведений. М., 2001.
2. Баенская Е.Р., Никольская О.С., Лилинг М.М. Аутичyый ребенок. Пути помощи. М.: – Центр традиционного и современного образования "Теревинф". – 2007.
3. Гринспен Стенли. На ты с аутизмом. –М.: Теревинф, 2013

# Захарова И.Ю., Моржина Е.В Лечебно-педагогическая диагностика детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы.. –М.: Теревинф, 2013

1. Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего аутизма. – М., 1991
2. МакКланнахан Л.И. Расписания для детей с аутизмом. Обучение самостоятельному поведению./ МакКланнахан Л.И., Крантц П.ДЖ.–М.: Сигнал. –2003.
3. Никольская О. С., Лебединский В. В., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Дети и подростки с аутизмом. М.: Теревинф,2011.
4. Никольская О. С, Баенская Е.Р., Либлинг М.М., Костин И.А., Веденина М.Ю., Аршатский А.В., Аршаткая О.С. Аутизм: возрастные особенности и психологическая помощь. М., 2003
5. Никольская О.С. Аффективная сфера человека. Взгляд сквозь призму детского аутизма. – М., 2000.
6. Нуриева Л.Г. Развитие речи аутичных детей: Методические разработки./ Л.Г.Нуриева.–М.: Теревинф.– 2005.
7. Питерс Т. «Аутизм: от теоретического понимания к педагогическому воздействию» Владос, Москва 2002
8. Янушко Е.А. Игры с аутичным ребенком. М.: Теревинф,2011.