

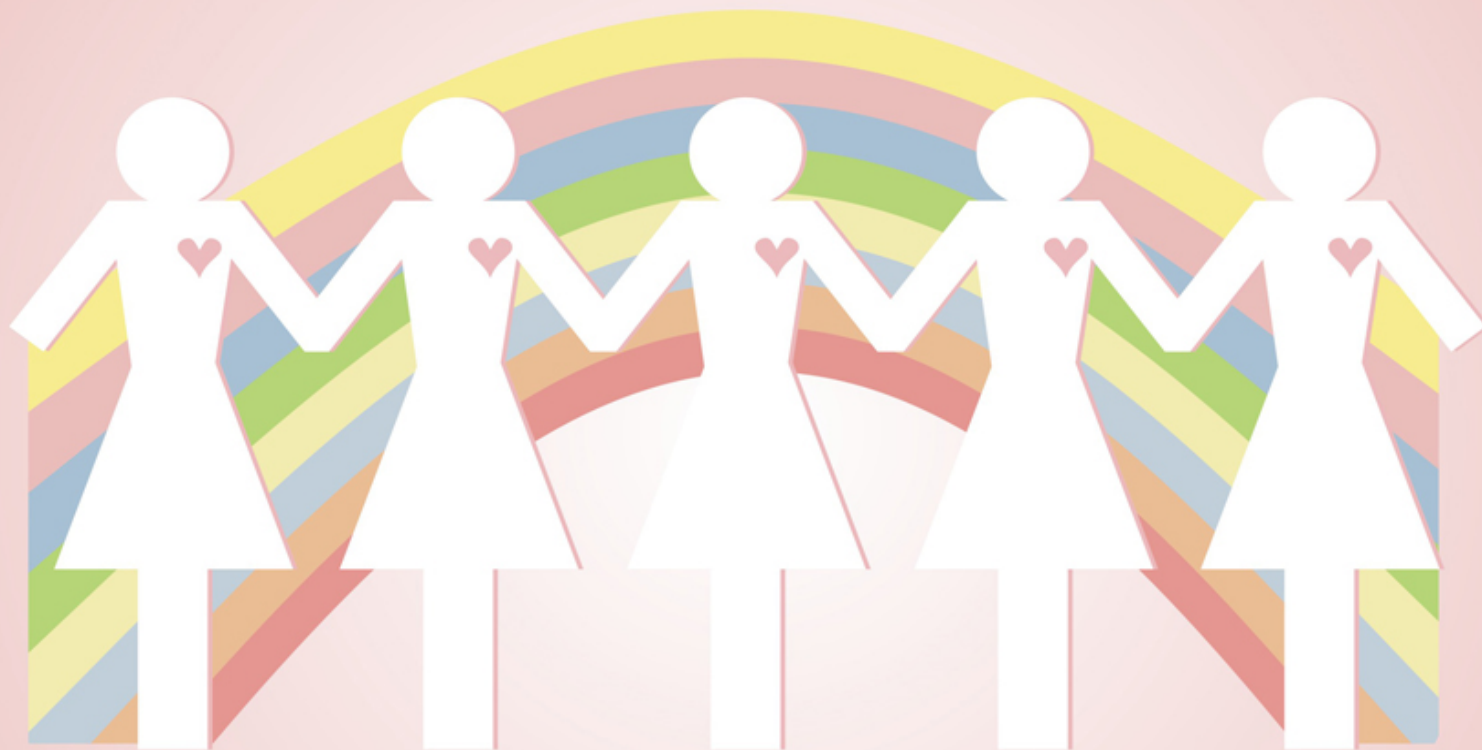
**СПЕЦИАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ
ПРИ АУТИЗМЕ
И АУТИСТИЧЕСКИХ ЧЕРТАХ
ЛИЧНОСТИ**

ПЛАН

1. Понятие о синдроме раннего детского аутизма (РДА) и аутистических чертах личности.
2. История изучения РДА.
3. Причины РДА.
4. Клинико-психологическая классификация (О.С. Никольская).
5. Классификация общих расстройств психического развития (МКБ - 10).
6. Дифференциальная диагностика детского аутизма.
7. Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с РАС.
8. Коррекционно-педагогическая помощь при аутизме.

**Есть дети,
живущие в своем собственном мире
и не желающие ничего знать о нашем.**





За последние годы, значительно увеличилось число детей с ранним детским аутизмом и детей с аутичными компонентами.

Детский аутизм проявляется в различных формах, при различных уровнях интеллектуального развития, поэтому ребенка с аутизмом можно обнаружить и в специальном, и в обычном детском саду.



Понимая чрезвычайную важность проблемы, 62 сессия Генеральной Ассамблеи ООН в 2008 году постановила отмечать **2 апреля** каждого года "**Всемирный день распространения информации об аутизме**". В этот день общественные организации всего мира стремятся донести до родителей, специалистов и властей, необходимость повышения уровня информированности, об аутизме, как о тяжелом расстройстве раннего развития ребенка, требующем пристального внимания всего мирового сообщества. Ученые озабочены тем, что истинные причины расстройства до сих пор не ясны, реабилитационный процесс требует значительных усилий, а главное - численность детей с аутизмом за последние десять лет выросла во всем мире в десять раз.

ПОНЯТИЕ АУТИЗМ

- Аутизм — расстройство, возникающее вследствие нарушения развития головного мозга и характеризующееся выраженным и всесторонним дефицитом социального взаимодействия и общения, а также ограниченными интересами и повторяющимися действиями. Все указанные признаки проявляются в возрасте до трёх лет. Схожие состояния, при которых отмечаются более мягкие признаки и симптомы, относят к расстройствам аутистического спектра.
- (Материал из Википедии — свободной энциклопедии)

- Впервые введено Е. Bleuler в 1911г. Для обозначения симптома у взрослых больных, страдающих шизофренией, который проявляется в виде ухода человека от внешней реальности в мир собственных фантазий.
- В.П. Осипов рассматривал аутизм как "разобщенность больных с внешним миром".
- В. А. Гиляровский говорил об аутизме как "своеобразном нарушении сознания самого "Я" и всей личности с нарушением нормальных установок к окружающему", при этом подчеркивая, что такие больные замкнуты и отчуждены от всего остального.
- Аутизм – это психопатологический синдром, который характеризуется недостаточностью общения, формируется на основе первичных структурных нарушений или неравномерности развития предпосылок общения и вторичной утраты регулятивного влияния общения на мышление и поведение (В.Е. Каган, 1981)



РАННИЙ ДЕТСКИЙ АУТИЗМ

**«Отрыв от реальности,
отгороженность от внешнего мира,
отсутствие или парадоксальность
реакций на внешние раздражители,
нарушение адекватной
эмоциональной связи со средой»**

(К.С. Лебединская)

История изучения РДА

4 этапа (Башина В. М.)

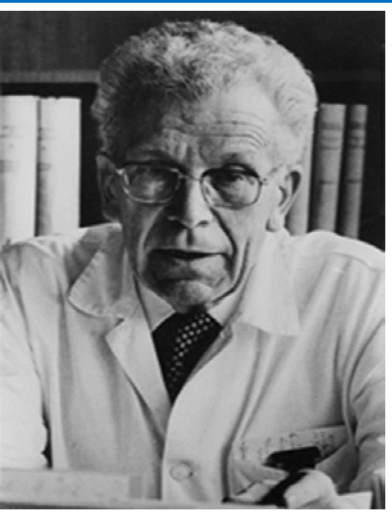
1. Донозологический период (к. XIX - н. XX веков) – отдельные упоминания о детях со стремлением к уходом и одиночеству.
2. Доканнеровский период (1920 - 1940-е гг.) - описаны аутистические состояния у детей в клинике детской шизофрении, психозов, нарушений, имеющих в своей основе органические поражения или недоразвитие ЦНС (Сухарева, 1925, Осипова, 1940 и др.).

3. Каннеровский (1943-1979 гг.) – выход в свет кардинальных работ по аутизму.



Основоположник учения о раннем детском аутизме (РДА) американский психиатр Л. Каннер (1943 г.). Он выделил аутизм как отдельную проблему, как расстройство аффективного общения, появляющееся уже в раннем детском возрасте и описал первые клинические случаи.

РДА также называют синдром Каннера.



б) Австрийский психиатр Х. Аспергер в 1944 г. описал близкое состояние у детей, назвав его аутистической психопатией.

в) Попытки выделения причины возникновения РДА:

Мнухин С.С., 1947 г. – концепция органического происхождения РДА.



В 1978 году К.С. Лебединская создает при НИИ Дефектологии первую в нашей стране группу специалистов, осуществляющую комплексную медико-психолого-педагогическую помощь детям с аутизмом.



Под ее руководством начинаются научные разработки проблемы изучения и оказания помощи детям с аутизмом, создается оригинальная концепция понимания закономерностей этой особой линии развития, подходы к ее коррекции.

4. Послеканнеровский период (1990-е годы)

РДА - неспецифический синдром разного происхождения.

- 1) социальное взаимодействие
- 2) коммуникативное поведение
- 3) мотивационная сфера

Причины РДА

- В начале 50-х годов возникла гипотеза о психогенном происхождении отклонения, но она не получила подтверждения.
- В настоящее время большинство авторов полагают, что РДА является следствием особой патологии, в основе которой лежит недостаточность центральной нервной системы.
- РДА может проявиться вследствие нарушения биохимического обмена.

Клинико-психологическая классификация (Никольская О.С.)

(учет степени тяжести аутистических проявлений и ведущего патопсихологического синдрома)

Дети I группы с аутистической отрешенностью от внешней среды

Характеризуются наиболее глубокой аффективной патологией

- ✓ поведение носит полевой характер (постоянная миграция от одного предмета к другому).
- ✓ Эти дети мутичны, не владеют не только формами контакта, но и не имеют потребности в нем.
- ✓ Не овладевают навыками социального поведения. Нет и активных форм аффективной защиты от окружающего, стереотипных действий, заглушающих неприятные впечатления извне.
- ✓ Почти или совсем не владеют навыками самообслуживания.
- ✓ Наихудший прогноз развития.

В условиях интенсивной психолого-педагогической коррекции

- элементарные навыки самообслуживания,

- они могут освоить письмо, элементарный счет и даже чтение про себя,
но их социальная адаптация затруднена даже в домашних условиях.

Дети II группы с аутистическим отвержением окружающего

Характеризуются возможностью активной борьбы с тревогой и многочисленными страхами за счет аутостимуляции положительных ощущений

- ✓ В поведении характерны манерность, стереотипность, импульсивность многочисленных движений, причудливые гримасы и позы, походка, особые интонации речи.
- ✓ односложные речевые штампы-команды; малодоступны контакту, отвечают односложно или молчат, иногда что-то шепчут;
- ✓ предельно тесная «симбиотическая» связь с матерью

При адекватной длительной коррекции могут освоить навыки самообслуживания и элементарного обучения



Дети III группы с аутистическим замещением окружающего
Характеризуются большей произвольностью в
противостоянии своей аффективной патологии, прежде
всего страхам.

- ✓ **имеют более сложные формы аффективной защиты, проявляющиеся в формировании патологических влечений, компенсаторных фантазиях**
- ✓ **развернутая речь**
- ✓ **более высокий уровень когнитивного развития.**
- ✓ **менее аффективно зависимы от матери**

При адекватной коррекции могут быть подготовлены к обучению во вспомогательной школе (при длительной коррекции – к массовой школе)

Дети IV группы со сверхтормозимостью

- ✓ менее глубокий аутистический барьер,
- ✓ меньше патологии аффективной и сенсорной сфер.
- ✓ на первом плане - неврозоподобные расстройства: чрезвычайная тормозимость, робость, пугливость, усиливающее социальную дезадаптацию.
- ✓ Развернутая, менее штампованная речь.
- ✓ сохраняют постоянство среды за счет активного усвоения поведенческих штампов, формирующих образцы правильного социального поведения,
- ✓ стараются быть «хорошими», выполнять требования близких.
- ✓ Дети часто обнаруживают парциальную одаренность.

Могут быть подготовлены к обучению в массовой школе, а в небольшой части случаев - обучаться в ней и без предварительной специальной подготовки.

РАС

В последние годы, аутистические расстройства стали объединять по аббревиатурой РАС - расстройства аутистического спектра.

Аутизм (или расстройство аутистического спектра) охватывает широкий спектр расстройств. Это означает, что у людей, больных аутизмом, симптомы болезни никогда не встречаются в одной и той же комбинации. Симптомы различаются также по силе проявления: они могут быть слабыми, а могут быть ярко выраженными. Какие же проявления заболевания чаще всего встречаются у людей с расстройством аутистического спектра?

Классификация общих расстройств психологического развития по МКБ-10

F.84.0. Детский аутизм

F.84.1. Атипичный аутизм

F.84.2. Синдром Ретта

F.84.3. Другие дезинтегративные расстройства детского возраста

F.84.4. Гиперактивные расстройства, сочетающиеся с умственной отсталостью и стереотипными движениями

F.84.5. Синдром Аспергера

F. 84.8. Другие общие расстройства развития.

F. 84.9. Общие расстройства развития, не уточненные

Детский аутизм (F 84.0)

Общее расстройство развития, определяется наличием аномального или нарушенного развития, которое проявляется в возрасте до 3 лет, и аномальным функционированием во всех трех сферах социального общения и ограниченного, повторяющегося поведения.

У мальчиков встречается в 3 – 4 раза чаще.

Атипичный аутизм (F 84.1)

Наиболее часто возникает у детей с умственной отсталостью или тяжелым расстройством развития рецептивной речи.

Отличается от детского аутизма возрастом начала (3 – 5 лет) или отсутствием хотя бы одного из трех диагностических критериев.

Синдром Ретта (F 84.2)

Наследственное заболевания, встречается почти исключительно у девочек с частотой 1:15 000, являясь следующей по частоте, после синдрома Дауна, специфической причиной умственной отсталости. Развитие ребенка до 6-18 месяцев протекает нормально, но потом у девочек начинают распадаться только что приобретенные речевые, двигательные и предметно – ролевые навыки. Характерны стереотипные, однообразные движения рук, их потирание, заламывание. Речь затрудняется, временами совсем пропадает (мутизм). Приступы насильственного смеха периодически сменяются приступами импульсивного поведения. Лицо ребёнка постепенно приобретает грустное, «неживое» выражение, взгляд становится расфокусированным или устремлённым в одну точку перед собой. Движения становятся заторможенными, но возможны приступы насильственного смеха вместе с приступами импульсивного поведения. Появляются судорожные припадки.

Другие дезинтегративные расстройства детского возраста (F 84.3)

Наблюдается постепенное прогрессирование заболевания с развитием деменции. Но нарушения социализации и общения типичны скорее для аутизма, чем для нарушения интеллекта.

Гиперактивные расстройства, сочетающиеся с умственной отсталостью и стереотипными движениями (F 84.4)

Признаки характеризуются названием заболевания.

Синдром Аспергера (F 84.5)

Форма аутизма, при котором способность функционировать относительно сохранена. Аутистическим расстройством этого синдрома свойственна стертость клинических проявлений. Дети обладают нормальным интеллектом, но нестандартными или слаборазвитыми социальными способностями. Отмечаются качественные нарушения в социальном взаимодействии и ограниченных, повторяющихся и стереотипных особенностях поведения, интересов и занятий.

В дальнейшем онтогенезе ребенка наблюдается формирование особой личности, близкой личностям шизоидного круга.

Дифференциальная диагностика детского аутизма



- Дефекты органов чувств (чаще – расстройство слуха). Их можно исключить путем детального исследования слуха, зрения. Объективно оценить состояние слуха помогает аудиограмма и оценка вызванных потенциалов.
- Расстройства развития речи. При существенных трудностях вербального общения ребенок не отгораживается от взрослых, стремится к общению всеми доступными способами, эмоционально отзывчив, способен к невербальному общению, адекватно реагирует на близких людей.
- Умственная отсталость. В данном случае аутистическая симптоматика в клинической картине не является основополагающей, а сопутствует интеллектуальному недоразвитию. У умственно отсталых детей в меньшей степени нарушено или совсем не нарушено эмоциональное отношение к одушевленным и неодушевленным предметам окружающего мира, не отмечается речевых и двигательных проявлений раннего детского аутизма. Умственно отсталым детям свойственно относиться к взрослым и сверстникам в соответствии со своим возрастом; для общения они используют речь, которой овладели в той или иной степени; у них отмечается относительно ровный профиль задержки без «осколков функций», характерных для детей с РАС.

- Шизофрения. Для диагностики важна не только оценка симптоматики, но и анамнез и динамика заболевания. Детская шизофрения редко встречается в возрасте до 7 лет. У детей с шизофренией, в отличие от детей с РАС, может быть выявлена бредовая симптоматика или галлюцинации, хотя до момента их появления анамнез обычно без особенностей (в отношении собственно психотической симптоматики), нарушение речевого развития, умственная отсталость не типичны.
- Госпитализм (депривационный синдром). Характерно нормальное эмоциональное, речевое и психомоторное развитие до момента депривации. Депривация способствует возникновению аутистикоподобных расстройств, развивающихся вследствие резко выраженной запущенности и дефицита факторов, стимулирующих развитие. В анамнезе – факт лишения заботы, нарушение привязанности вследствие утраты ухаживающего лица или качественного и количественного уменьшения общения с ним. У этих детей может нарушаться способность к эмоциональному контакту, к коммуникации и социализации, но это проявляется чаще в форме депрессивной симптоматики или реакции пассивного протеста (отказа).
- Психологическая травма - вред, нанесённый психическому здоровью человека в результате интенсивного воздействия неблагоприятных факторов среды или остроэмоциональных, стрессовых воздействий на его психику. Бывает связана с физической травмой, угрожающей жизни, либо нарушающей ощущение безопасности.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Основные признаки синдрома РДА (Л.Каннер)

Аутизм с
аутистическими
переживаниями

Стереотипное,
однообразное
поведение с
элементами
одержимости

Своеобразные
нарушения
речевого
развития

Наиболее характерные проявления аутизма в младенческом возрасте

Не фиксируют взгляд на лице другого человека

Не выносят длительного прямого контакта «глаза в глаза»

Первая улыбка появляется вовремя,
но не адресуется кому-то конкретно

К окружающим относятся безразлично

К ласке относятся равнодушно или неприязненно

К дискомфорту безразличны, либо не переносят его

Не испытывают потребности в контакте с другими
людьми

СТЕРЕОТИПИИ

```
graph LR; A[СТЕРЕОТИПИИ] --- B[МОТОРНЫЕ]; A --- C[СЕНСОРНЫЕ]; A --- D[РЕЧЕВЫЕ]; B --- B1["- раскачивания;  
- потряхивание руками;  
- прыжки;  
- пробежки;  
- однообразные манипуляции с предметами т.п.."]; C --- C1["- ритмические надавливания на глазное яблоко;  
- кружение на руках у взрослого;  
- качание на качелях."]; D --- D1["- многократное, бессмысленное повторение слов, фраз, звукосочетаний."];
```

МОТОРНЫЕ

- раскачивания;
- потряхивание руками;
- прыжки;
- пробежки;
- однообразные манипуляции с предметами т.п..

СЕНСОРНЫЕ

- ритмические надавливания на глазное яблоко;
- кружение на руках у взрослого;
- качание на качелях.

РЕЧЕВЫЕ

- многократное, бессмысленное повторение слов, фраз, звукосочетаний.

Особенности игры заслуживают особого внимания.

- Игра аутичного ребенка не соответствует возрасту,
- она однообразна,
- имеет чаще всего манипулятивный характер,
- играет он неигровыми предметами (гвоздиками, веревочками пуговицами и др.),
- стереотипно повторяя одну и ту же манипуляцию.
- Может надолго приковывать внимание к частям объектов - например, к крутящемуся колесу игрушечной машины; при этом он словно интересуется им в отдельности от игрушки, как самостоятельным объектом
- Если случайно в такой игре оказывается другой ребенок, то он тоже превращает его, на какое-то время, в неодушевленный предмет манипулирования (например, механически посыпает его голову песком).
- Игра не сопровождается соответствующим пантомимическим аккомпанементом, лицо ребенка остается бесстрастным.
- В такой игре есть действия, но вряд ли ее можно назвать деятельностью.

Неравномерность развития - особенности моторики

- движения угловатые, вычурные, несоразмерные по силе и амплитуде
- отдельные сложные движения выполняются успешнее, чем более легкие
- Тонкая моторика развивается раньше, чем общая
- - движение, свободно совершаемое в спонтанной активности, оказывается трудновыполнимым в произвольной деятельности

СТРАХИ

диффузные

дифференцированные

гиперсензитивные
следствие повышенной чувствительности к звуковым, световым и другим сенсорным воздействиям (яркий свет, резкий запах, громкий звук)

различны по своей природе

неадекватные
страх связан с реальным событием, но фиксируется только какой-то его элемент

сверхценные
пугающий объект действительно является источником определенной опасности, но занимает слишком большое место в переживаниях ребенка



КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

- В России нет утвержденной программы для занятий с аутичными детьми, хотя вопрос о создании специальной категории коррекционных школ для детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы уже широко дискутируется среди специалистов
- В обучении применяются адаптированные зарубежные методики, среди которых наибольшее распространение получили программы, разработанные в США специально для аутичных детей, АВА (цель – развитие коммуникативных способностей) и FLOOR TIME (цель – развитие коммуникативных навыков и эмоционального мышления).

АУТИЧНЫЙ РЕБЕНОК В СПЕЦИАЛЬНОЙ ГРУППЕ

Комплексная клинико-психолого-педагогическая коррекция РДА
может включать следующие разделы (и, соответственно,
этапы):

- **1. Психологическая коррекция:**
 - а) установление контакта со взрослыми;
 - б) смягчение общего фона сенсорного и эмоционального дискомфорта, тревоги, страхов;
 - в) стимуляция психической активности, направленной на взаимодействие со взрослыми и сверстниками;
 - г) формирование целенаправленного поведения;
 - д) преодоление отрицательных форм поведения: агрессии, негативизма, расторможенности влечений.


- **2. Педагогическая коррекция РДА:**
 - а) формирование навыков самообслуживания;
 - в) пропедевтика обучения (коррекция специфического недоразвития восприятия, моторики, внимания, речи; формирование навыков изобразительной деятельности).

- **3. Медикаментозная коррекция РДА: поддерживающая психофармакологическая и общеукрепляющая терапия.**
- **4. Работа с семьей:**
 - а) психотерапия членов семьи;**
 - б) ознакомление родителей с рядом психических особенностей ребенка;**
 - в) составление индивидуальной программы воспитания и обучения аутичного ребенка в домашних условиях;**
 - г) обучение родителей методикам воспитания аутичного ребенка, организации его режима, привитие навыков самообслуживания, подготовки к школе.**

Методики, используемые для работы с аутистами

- Трудотерапия
- Физиотерапия
- Логопедия
- Дельфинотерапия
- Иппотерапия
- Арт-терапия
- Песочная терапия
- Диета
- Психотерапия
- Сенсорная интеграция





Шпаргалка для взрослых, или Правила работы с аутичными детьми

1. Принимать ребенка таким, какой он есть.
2. Исходить из интересов ребенка.
3. Строго придерживаться определенного режима и ритма жизни ребенка.
4. Соблюдать ежедневные ритуалы (они обеспечивают безопасность ребенка).
5. Научиться улавливать малейшие вербальные и невербальные сигналы ребенка, свидетельствующие о его дискомфорте.
6. Чаще присутствовать в группе или классе, где занимается ребенок.
7. Как можно чаще разговаривать с ребенком.
8. Обеспечить комфортную обстановку для общения и обучения.
9. Терпеливо объяснять ребенку смысл его деятельности, используя четкую наглядную информацию (схемы, карты и т. п.).
10. Избегать переутомления ребенка.

АУТИЗМ: болезнь или гениальность?

Большинство аутистов – талантливые и одаренные люди. В народе это заболевание часто называют «Болезнь гениев», хотя справедливости ради стоит отметить, что у каждого конкретного аутиста уровень интеллекта может быть от минимального до самого высокого.

Доказательство тому — всемирно известный Билл Гейтс. К слову сказать, в США семья, имеющая ребенка с диагнозом «аутизм», получает от компании «Microsoft» 10 тысяч долларов в год на коррекционное лечение. А почти 45% ведущих программистов «Microsoft» - аутисты.

Частота встречаемости:

3-6 на 10 000 детей (детский аутизм) или не более чем 0,1% от детского населения,
21-26 на 10 000 детей – аутистические черты,
у мальчиков встречается в 3-4 раза чаще, чем у девочек.

Сочетание:

аутизм и нарушения зрения – 1/5;

аутизм и нарушения слуха – 1/4;

аутизм и синдромальные состояния – 1/4.

Интеллектуальные нарушения при аутизме:

60 % случаев наблюдается умственная отсталость,
20 % - легкая интеллектуальная недостаточность (ЗПР),
20 % - показатели развития интеллекта в диапазоне возрастной нормы.

**Тем, кто хочет помочь
аутичным детям хочется
пожелать терпения в
понимании тех, кто так не
похож на нас.**

**Ведь в нашу с вами
жизнь «эти дети приходят
проверить нас с вами на
человечность»**

**(Р.Шнайдер – педагог и
философ).**



Список литературы

- Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М., Костин И.А., Веденина М.Ю., Аршатский А.В., Аршатская О.С.. Дети и подростки с аутизмом. Психологическое сопровождение. – М.: Теревинф, 2005,
- Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. – М., 1997,
- Никольская О.С. Аффективная сфера человека. Взгляд сквозь призму детского аутизма. М2000,
- Детский аутизм. Хрестоматия. Сост. Л.М. Шипицына. – СПб., 1997,
- Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма: начальные проявления.– М.,1991,
- Лебединская К.С., Райская М.М., Грибанова Г.В. Подростки с нарушениями в аффективной сфере. М., 1988,
- Лебединский В.В., Никольская О.С. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. М., 1990,
- Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция /Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. – 1990,
- Баенская Е.Р. Особенности раннего аффективного развития аутичного ребенка в возрасте от 0 до 1,5 лет // Дефектология. - 1995. - № 5. - С. 76-83.
- Баенская Е.Р. Особенности раннего аффективного развития аутичного ребенка в возрасте от 0 до 1,5 лет // Альманах ИКП РАО. - 2001. - № 3.
- Веденина М.Ю., Окунева О.Н. Использование поведенческой терапии аутичных детей для формирования навыков бытовой адаптации. Сообщение II // Дефектология. - 1997. - № 3. - С. 15-20.
- Гилберг К., Питерс Т. Аутизм: медицинские и педагогические аспекты. - СПб.: ИСПИП, 1998.
- Дольто Ф. Исцеление аутистов // На стороне ребенка. - СПб: Петербург - XXI век, 1997.
- Карвасарская И.Б. В стороне. Из опыта работы с аутичными детьми. - М., 2003.
- Либлинг М. М. Холдинг-терапия как форма психологической помощи семье, имеющей аутичного ребенка // Дефектология. - 1996. - № 3. - С. 56-66.
- Методические рекомендации по организации работы центров помощи детям с РДА. Письмо Министерство Образования РФ от 24 мая 2002 г. № 29/2141-6.
- Морозов С.А., Морозова Т.И. Мир за стеклянной стеной // Материнство. - 1997. - №№ 1 - 6, 9.
- Победить аутизм. Метод семьи Кауфман / Сост. Н.Л. Холмогорова.- М.: Центр лечебной педагогики, 2005.
- Подготовка к обучению детей с ранним детским аутизмом (начало) // Дефектология.- 1997. - №4. - С.80-86.
- Подготовка к обучению детей с ранним детским аутизмом (продолжение) // Дефектология.- 1998. - №1. - С. 69-80.
- Саттари П. Дети с аутизмом. СПб., Питер., 2005. 224 с.
- <http://www.helpautism.ru>