

Министерство образования Сахалинской области
ГБУ «Центр психолого-педагогической помощи семье и детям»

Психологические особенности детей с расстройствами аутистического спектра

г. Южно-Сахалинск
2014 год

Психологические особенности детей с расстройствами аутистического спектра. /составитель: Кашкина Е.Б. – 2014 г.

Брошюра адресована родителям, воспитывающим детей с РАС, специалистам, работающим с этими детьми, а так же родителям детей, которые совместно обучаются с детьми с расстройствами аутистического спектра.

В брошюре собраны сведения о различных типах расстройств аутистического спектра, изложены их предполагаемые причины, способы отграничения их от сходных состояний, особенности развития детей с РАС.

Среди детей с ограниченными возможностями здоровья, т.е. тех, кто имеет различные отклонения в психофизическом и социально-личностном развитии и нуждается в специальной помощи, выделяются дети, у которых на первый план выступают расстройства эмоционально-волевой сферы.

Дети с расстройствами аутистического спектра (РАС) составляют основную массу детей, имеющих наиболее тяжелые, требующие специальной психолого-педагогической, а иногда и медицинской помощи нарушения в социально-личностном развитии.

Множество вопросов возникает в семьях, где появляется такой ребенок. Как с ним обращаться? Как его следует воспитывать? Каким образом, и в какой школе его следует обучать? Эти и подобные вопросы встают перед семьями примерно двадцати из каждых 10 000 детей. Именно такова частота проявления детского аутизма и сходных с ним нарушений психического развития – случаев, требующих единого образовательного подхода в обучении и воспитании. Это сравнительно редкое заболевание, распространенность которого колеблется от 0,06 до 0,17 на 1000 детского населения. У мальчиков заболевание встречается чаще, чем у девочек, соотношение составляет, по данным разных авторов, от 1,4 :1 до 4,8 :1.

Большинство специалистов, изучающих это нарушение развития, среди многообразия проявлений психической дефицитарности аутичных детей в качестве центральной проблемы выделяют особенности формирования их аффективной сферы, отмечаемые уже на самых ранних этапах развития.

Современный этап развития теории и практики психологии, нейропсихологии, специальной педагогики и специальной психологии характеризуется усилением внимания к углубленному изучению различных особенностей психического развития детей, что имеет важное научно-практическое значение.

АУТИЗМ И РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Расстройствами аутистического спектра называются нарушения психического развития, при которых наблюдаются нарушения способности к социальному взаимодействию, стереотипные поведенческие акты и жесткое ограничение интересов. При этом основным признаком аутизма являются проблемы при установлении социальных контактов.

Согласно новейшей редакции Международной классификации болезней (МКБ-10), к аутизму и расстройствам аутистического спектра относятся:

- Детский аутизм (ранний аутизм, синдром Каннера).
- Синдром Аспергера (аутистическая психопатия).
- Синдром Ретта.
- Атипичный аутизм.

Ранний детский аутизм (синдром Каннера)

Для синдрома Каннера (РДА) характерны следующие основные симптомы:

- Ребенок с аутизмом с начала жизни не может устанавливать полноценные отношения с окружающими людьми.
- Признаки аутизма проявляются не позднее 2-3 лет.
- Больной с аутизмом не использует (или недостаточно использует) речь в целях коммуникации.
- Пациент с аутизмом предельно отгорожен от внешнего мира. Он игнорирует внешние раздражители до тех пор, пока они не станут непереносимыми.
- Зрительный контакт с другими людьми резко ограничен или отсутствует.
- Собственное «Я» ребенка с аутизмом развивается с опозданием.
- В речи пациента наблюдаются эхоталии (как непосредственные, так и отставленные) — так называемая «попугайная или граммофонная речь».
- Ребенок с аутизмом склонен к стереотипным играм. При этом он обычно использует для игр неигровые предметы.

Синдром Аспергера

В отличие от детского аутизма, при этом синдроме больные сохраняют способность общаться на интеллектуальном уровне, но не способны контактировать на уровне эмоций.

Критерием постановки диагноза является наличие минимум двух симптомов, свидетельствующих о затруднении социальных взаимодействий:

- Пациенты не используют или испытывают выраженные затруднения при использовании невербальных компонентов общения (жестикаляция, изменение выражений лица, взгляд глаза в глаза).
- Больные не испытывают спонтанной потребности разделять свои эмоции или достижения с окружающими.
- Они терпят неудачу при попытке построить отношения со сверстниками.
- Выявляется отсутствие эмоциональной или социальной взаимности.
- Кроме того, при синдроме Аспергера наблюдаются такие признаки аутизма, как:
- Отсутствие поведенческой гибкости, невозможность отступить от шаблона при выполнении каких-то ежедневных рутинных действий.
- Наличие стереотипных интересов, в которые пациент «погружается с головой» при чрезмерной степени увлечения или интенсивности сосредоточения.
- Стереотипные движения (верчение ладонью или пальцем и т.д.).

Синдром Ретта

До начала болезни ребенок развивается нормально, признаки аутизма отсутствуют, иногда наблюдается некоторое отставание моторного развития. В возрасте 8-30 месяцев больной становится отрешенным, моторные навыки и речь постепенно утрачиваются. Ребенок с аутизмом теряет способность удерживать предметы, возникают мышечные атрофии, дистония, атаксия, развивается кифоз и сколиоз. На смену жеванию приходит более простой акт сосания. Появляются дыхательные расстройства.

В возрасте 5-6 лет признаки аутизма становятся менее выраженными: ребенок может усваивать отдельные слова, становится способен к примитивным играм, однако затем вновь наступает ухудшение. Возникают тяжелые двигательные нарушения, нарастает атрофия мышц, развивается глубокое слабоумие.

Атипичный аутизм

Симптомы этого заболевания схожи с признаками детского аутизма. При этом отсутствует один или несколько признаков аутизма, характерных для синдрома Каннера.

Для атипичного аутизма характерны следующие симптомы:

- Появление признаков аутизма в возрасте 3 года и старше.
- Стереотипное, повторяющееся, ограниченное поведение.
- Нарушение социального взаимодействия.
- Обычно атипичный аутизм возникает у детей с умственной отсталостью или тяжелыми расстройствами речи.

Так как ранний детский аутизм вобрал в себя наиболее яркие черты, характеризующие расстройства аутистического спектра, то речь преимущественно пойдет именно о РДА.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АУТИЗМА

Причины аутизма недостаточно ясны. Общепризнана большая роль генетических факторов в этиологии аутизма, и сейчас практически все известные исследователи биологических основ аутизма согласны, что по крайней мере, большая часть случаев аутизма наследственно обусловлена.

Механизм наследования не ясен, но он заведомо не моногенный т.е. развитие аутизма зависит не от одного гена, а от группы генов. Наиболее верным считается так называемый мультифакториальный механизм. Это означает, что генный комплекс обеспечивает передачу не самой патологии, а предрасположенности к ее развитию и реализуется лишь при наличии неспецифического провоцирующего фактора, который может быть как экзогенным (внешним - травма, инфекция, нейроинфекции, интоксикация, психотравма, нарушение обмена веществ), так и эндогенным (возрастной криз, конституциональные особенности). Такая точка зрения очень

привлекательна уже тем, что лучше других позволяет объяснить большое клиническое многообразие синдрома РДА.

Тонкие генетические механизмы наследования РДА изучены очень слабо.

Органические поражения ЦНС рассматривается в связи с этиологией аутизма более 50 лет. У большинства детей с диагнозом РДА при внимательном исследовании обнаруживаются признаки органического поражения ЦНС, однако их происхождение и классификация устанавливаются сложно. Попытки связать РДА с определенной локализацией поражения были, но для того, чтобы сделать определенные выводы, накопленного материала пока недостаточно.

Психогенный фактор рассматривается в США и Западной Европе в рамках психоаналитического подхода. В отечественной литературе есть указания на то, что психогенный аутизм возможен, но четких характеристик этим форм нет.

Психогенный фактор может:

- а) быть манифестным для любых форм РДА;
- б) вносить вклад в формирование третичных образований РДА (невротические расстройства в связи с переживанием своей несостоятельности) при достаточном уровне интеллекта и самосознания;
- в) служить причиной вторичной аутизации при сенсорных дефектах и других вариантах деривационного психического развития.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Аутизм – нарушение развития, приковывающее к себе внимание, поскольку он представляется нарушением, прежде всего человеческого образа жизни. Аутизм – именно человеческое нарушение; оно дает нам возможность соприкоснуться с тем опытом, который так близок и, наверное, все же так далек от нашего восприятия нас самих и нашего мира социальных отношений.

Аутизм характеризуется триадой признаков - нарушением социального взаимодействия, коммуникации и способности к воображению, крайним ограничением спектра деятельности и интересов.

Социальное взаимодействие (не носит глобального характера):

1. недостаточное осознание существования других людей и их чувств (обращаются с человеком как с предметом или инструментом) .
2. отсутствие или искаженный поиск утешения у человека в момент страдания.
3. отсутствие или нарушение подражания.
4. отсутствие или нарушение игры с партнерами.
5. выраженное нарушение устанавливать дружеские связи.

У детей раннего возраста можно уже отметить следующие нарушения социального взаимодействия:

1. Аутичные дети не могут регулировать внимание другого человека и отслеживать направление его внимания - они не могут показывать на вещи, которые привлекли их внимание, чтобы разделить свою заинтересованность с другим человеком (не формируется указательный жест);

2. Могут быть определенные трудности с подражанием;

3. Затруднено опознавание эмоционального состояния (в норме дети начинают различать чужие эмоции уже в 2-4 месяца, к 12 месяцам ребенок уже ориентируется на социальное окружение). Снижение способности к опознанию эмоций отмечаются у аутичных детей даже в пятилетнем возрасте и старше.

Качественные нарушения вербальной и невербальной коммуникации, а также воображения:

1. отсутствие таких средств коммуникации как лепет, жестикуляция, мимика, речевое общение.

2. нарушение невербальных аспектов коммуникации, таких как, зрительный контакт, мимическая экспрессия, поза, жесты, служащие для установления социального взаимодействия. Пример.

3. отсутствие воображения, невозможность взять на себя роль; полное отсутствие «символической» игры. Она заменяется стереотипными действиями, которые могут становиться навязчивыми?

4. выраженные речевые нарушения, затрагивающие громкость речи, высоту, частоту, ударения, ритм и интонацию;

5. выраженные нарушения формы и содержания речи, стереотипии и повторы, реверсия местоимений;

6. невозможность поддерживать разговор с другими людьми, несмотря на наличие нормальной речи.

Характерно только для аутизма:

- задержка или остановка речевого развития без какой-либо компенсации с помощью использования жестов;
- отсутствие реакции на речь других людей (не реагирует на собственное имя);
- стереотипное использование речи;
- замена местоимений;
- неспособность начать и поддерживать диалог;
- нарушения невербальной коммуникации. С наибольшим трудом дается аутичным детям применение речи. Ребенок может совершенно буквально понимать сказанное.

Существенно ограниченный спектр деятельности и интересов

1. Стереотипные движения.

2. Стойкий интерес к отдельным сторонам предметов (обнюхивание, облизывание, ощупывание, вращение) или пристрастие к необычным предметам;

3. Выраженное волнение при любых изменениях в окружении;
4. Привязанность к точному следованию определенным правилам;
5. Значительно ограниченный круг занятий с преобладанием одного узкого интереса.

В зависимости от особенностей аффективного и эмоционального развития у аутичных детей складывается своеобразный стереотип общения с окружающим миром, который позволяет разделять их на 4 основные группы по классификации О.С. Никольской и соавторов. В таблице представлены клинико-психологические особенности 4-х групп детей, а также возможный прогноз их обучения.

Таблица 1

Стереотип общения с окружающим миром	Клинико-психологические проявления	Прогноз в отношении обучения и развития
<p>1 группа</p> <p>Аутизм как полная отрешенность от происходящего 1 группу образно называют «дети с лицом принца».</p>	<p>Это самые крайние проявления аутизма. У детей 1 группы отмечается наличие «полевого» поведения, проявляющегося в постоянном перемещении от одного объекта к другому. Дети могут длительно созерцать беспредметные объекты (узоры на ковре или тюлевой занавеске). Дети, как правило, мучичны. Для них характерны специфические нарушения речи: палилалии, вербигерации. Нередки продуцирования нечленораздельной речи, ритмической вокализации. В основном имеющаяся речь носит регрессивный характер. Отмечается псевдоглухота (ребенок как-бы не слышит). «Полевой» ребенок 1 группы может, не чувствуя опасности, забираться на мебель, ударяться головой о стекло окна, вылезать в окно, «шагать» из балкона, представляя этим опасность для самого себя. В связи с выраженным дискомфортом во взаимоотношениях с окружающими, уходом от контактов невозможно организовать деятельность ребенка. У ребенка отсутствуют и с трудом формируются навыки самообслуживания.</p>	<p>Прогноз в отношении детей этой группы не самый утешительный. Рекомендации специалистов - воспитание в домашних условиях, или в учреждениях социальной защиты населения (интернаты)</p>
<p>2 группа</p> <p>Аутизм как активное отвержение окружающего мира</p> <p>Дети 2 группы образно называются</p>	<p>В связи с крайне высокой избирательностью в отношении с окружающим миром дети представляют опасность и в отношении самих себя, и в отношениях с окружающими. Несмотря на сильную симбиотическую связь с близкими, видя человека (члена семьи) в качестве помехи для достижения своих целей, ребенок может щипаться, кусаться, царапаться, кидаться предметами. В качестве развлечения может играть с опасными бытовыми предметами. У детей признаки глубокой задержки психического и речевого развития, с множеством стереотипий, ритуалов, бурных проявлений агрессии, аутоагрессии. В сравнении с детьми 1-й группы выглядят более</p>	<p>Прогноз в отношении детей этой группы чаще такой же, как и в отношении детей 1 группы.</p> <p>Ребенка не всегда удается</p>

<p>«тираны семьи».</p>	<p>встревоженными и испуганными. Визуальный контакт «сквозь», мимо, но можно заметить, что они видят боковым зрением. У детей многочисленные страхи гиперсензитивного характера. Они закрывают уши на громкие звуки. Детей отличает одержимость двигательными, сенсорными, речевыми стереотипиями, импульсивными движениями (прыжки, взмахи, перебежки), которые доставляют им эмоционально положительно окрашенные ощущения, повышающие психический тонус, заглушающие неприятные воздействия извне. Отмечается причудливость гримас и поз. Дети одержимы феноменом «тождества» (одна и та же одежда, одни и те же продукты). У них отмечаются одни и те же игры с неигровыми предметами, либо манипуляции неигрового характера (стучание, перебирание, пересыпание, выстраивание в ряд). Дети обычно малодоступны контакту, молчат, иногда издают вокализации. У них вырабатываются лишь простейшие реакции на окружающее, стереотипные бытовые навыки, односложные речевые штампы-команды. Множество отсроченных эхоталий, персевераций. Речевое недоразвитие детей 2 группы напоминает недоразвитие речи у детей с алалией. Дети не достигают должного уровня коммуникативных навыков.</p>	<p>подготовить даже на домашнее обучение по программе школы 8-го вида.</p>
<p>3 группа</p> <p>Аутизм как захваченность аутистическим и интересами (замещение окружающего мира).</p> <p>3 группа получила название «Отчаянные энтузиасты» в связи со стойкой стереотипной привязанностью к сверхценным увлечениям.</p>	<p>Это и фантазии, и разыгрывание сюжетов с монологами на определенную тему и ауто стимуляции посредством неприятных пугающих впечатлений. Дети отличаются эгоцентричностью, конфликтностью, невниманием к интересам и мнению других. У детей отмечается более высокое развитие речи, более высокий когнитивный потенциал, более высокое развитие эмоционального уровня. Дети 3 группы также смотрят как-бы «сквозь», мимо. И при частой встрече с взглядом собеседника дети будут отводить глаза, а, смущаясь, закрывать лицо руками. Страхи и игры носят бредоподобный характер. В сюжете игры, в отношениях к близким и детям выступает агрессивность. Отмечается слабая эмоциональная привязанность, низкая способность к сопереживанию. Внешний рисунок их поведения ближе к психопатоподобному. У детей отмечается дурашливость, гримасничанье. Отмечаются сверхценные интересы и увлечения, которые могут выражаться в форме коллекционирования. Дети много говорят одно и то же на запретные темы (устрашающие сюжеты, бранные слова). Речь характеризуется как «магнитофонная», «попугайная». Ребенок называет себя во 2-м лице или по имени. Как интеллектуальное, так и эмоциональное развитие</p>	<p>Интеллектуальный потенциал некоторых детей позволяет им осваивать программу школы 7-го вида. Но с учетом эмоционального развития, дети лучше «вписываются» в школу 8-го вида. Иногда такой ребенок в скором времени из-за своеобразия и трудностей поведения переводится на</p>

	детей крайне диспропорционально. Социализация детей крайне затруднена в связи с психопатоподобным поведением, которое приводит к игнорированию общественных норм морали. В ситуациях, когда ребенок не получает желаемое, он может не стесняясь общественных мест кричать, кидаться на пол, браниться. Бывает, что с ребенком невозможно договориться, и в отношении него более эффективен авторитарный стиль воспитания.	надомное обучение.
4 группа Аутизм как чрезвычайная трудность организации общения и взаимодействи я (сверхтормози- мость) 4 группу образно называют «висящие на матери дети».	Название группы связано с тем, что дети характеризуются повышенной ранимостью, тормозимостью в контактах, сильной зависимостью от эмоциональной поддержки взрослых, особенно матери. Дети отличаются особым педантизмом, повышенным стремлением к порядку, могут обращаться за поддержкой и подсказкой взрослых. Для детей 4 группы характерен пониженный фон настроения, сверхценные страхи, тихая малоподвижная игра; нарастание боязливости и скованности при малейшем изменении привычного стереотипа. В напряженных ситуациях проявляются стереотипии. Типичны заторможенность и неуверенность движений. Робость, пугливость, особенно в контактах, чувство собственной несостоятельности. При плохом контакте со сверстниками они активно ищут защиты у взрослых; сохраняют постоянство среды за счет активного усвоения поведенческих штампов, формирующих образцы правильного социального поведения. Стараются быть «хорошими», выполнять требования близких. Это самая легкая на первый взгляд группа детей, наиболее близкая к Н, напоминающая детей с ЗПР, имеющих спектр эмоциональных нарушений. В то же самое время ребенок 4-й группы выглядит как «странный невротик». Дети значительно лучше поддаются психолого-педагогической и логопедической коррекции в сравнении с детьми предыдущей группы.	Прогноз в отношении этой группы детей самый благоприятный . Детей можно подготовить при активной медико-психолого-педагогической коррекции и в общеобразовательные школы, и в классы, работающие по программам школ 7-го вида.

При любой группе аутизма ребенок нуждается в психолого-медико-педагогической работе в условиях медицинского или образовательного учреждения, или же в различных центрах социальной реабилитации.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РДА

Обычно диагностика РДА представляет определенные трудности, т.к. этот вид нарушения имеет много общего с другими заболеваниями. РДА следует отграничивать от невропатии, умственной отсталости, нарушений психического развития при поражениях мозга, глухоты, детского церебрального паралича.

У детей с невропатией понижен физический, моторный и психический тонус. У них наблюдается повышенная чувствительность к оценке их поведения; они боязливы, иногда плохо переносят смену обстановки. Эти симптомы схожи с поведением аутичных детей. При невропатии может наблюдаться смена настроения: ребенок то капризен и раздражителен, то вял и апатичен. Эти симптомы появляются в результате нарушений сна, пищеварения, пребывания в душном помещении или на жаре. У детей с невропатией часто нарушены механизмы сосания, глотания, что обусловлено повышенной рефлекторной возбудимостью.

Детям с невропатией присущи такие двигательные стереотипы, как тики, которые качественно отличаются от странных движений при РДА. На контакт дети с невропатией идут охотно, если от взрослых или их сверстников не исходит опасность или агрессия. Их страхи хотя и несколько преувеличены, но всегда адекватны и актуальны для определенного момента. Нередко дети отрицательно реагируют на какую-либо перемену обстановки, но эта реакция. Если ситуация меняется на более комфортную, дети с невропатией воспринимают ее положительно. В игре дети с невропатией, в отличие от детей с РДА, охотно подражают другим. Их речь внятная, отсутствуют аграмматизмы, эхолалия. Дети с невропатией охотно отзываются на ласку.

Детей с РДА следует отличать от умственно отсталых детей. За умственную отсталость при РДА может приниматься отсутствие реакции на мать, на людей вообще, позже – отсутствие речи, навыков самообслуживания, игры. Но следует учесть, что у умственно отсталого ребенка имеется зрительный контакт, потребность в еде, тепле. Что касается моторики, то у этих детей наблюдается адинамия или двигательная расторможенность.

У детей с умственной отсталостью меньше нарушены контакты, они испытывают адекватный страх перед темнотой, собакой и т.д.

При умственной отсталости двигательная сфера развивается раньше, чем интеллектуальная, а при РДА интеллектуальные возможности ребенка часто опережают созревание моторной сферы.

Иногда даже по одним только внешним признакам можно отличить умственно отсталого ребенка от детей с РДА. Дети с умственной отсталостью, как правило, имеют органические дисплазии туловища и головы, а дети с РДА – тонкие черты лица и общий астенический облик.

РДА следует дифференцировать с психическими нарушениями на почве органических поражений головного мозга. В последнем случае наблюдается психомоторная возбудимость, неустойчивость внимания, настроения, иногда агрессивность. Эти явления могут присутствовать и у детей с РДА. Но у детей с поражением центральной нервной системы нет

самого аутизма. Им, наоборот, присуща назойливость, навязчивость. Явления возбудимости нередко сменяются гиподинамией. У таких детей слабая память, психическая истощаемость. В речи у детей с органическим поражением центральной нервной системы нет неологизмов, манерности интонации, явлений эхолалии.

Если ребенок с РДА не произносит слова, не выполняет словесных инструкций, как будто не понимает речь, то возникает вопрос отграничения РДА от речевых патологий – алалии или дизартрии. Главным признаком истинных речевых нарушений является то, что дети привлекают к себе внимание с помощью жестов, мимики, напряженно смотрят в лицо собеседника, издают различные возгласы. У детей с РДА такого не наблюдается. У них, в отличие от детей с речевыми нарушениями, присутствуют явления эхолалии и своеобразная интонация.

Иногда необходимо дифференцировать РДА и глухоту. В первые годы жизни ребенок с РДА может производить впечатление глухого, т.к. он не отзывается, когда его зовут, и не оборачивается на источник звука. В этих случаях необходимо провести аудиометрию и полагаться на ее результаты. Но существуют признаки, которые свойственны детям с РДА: в значимой ситуации такие дети могут услышать даже самый тихий шепот, плакать и возбуждаться при громких пугающих звуках. Глухие дети ищут глазами губы собеседника, чтобы понять его речь, а детям с РДА это несвойственно.

На ранних этапах развития нужно отличать детей с РДА от детей с детским церебральным параличом (ДЦП). В клинической картине РДА присутствуют двигательные расстройства, а при ДЦП имеют место различные аутистические проявления. Двигательные расстройства в обоих этих случаях проявляются в нарушениях тонуса, недоразвитии синхронности движений рук и ног при ходьбе, нарушениях мимических движений, которые близки к речи. При ДЦП для речи ребенка характерны дизартрические нарушения, т.к. нарушен сам артикуляционный аппарат, а при РДА дети могут имитировать невнятность речи в результате отсутствия у них коммуникации. При аффективно значимых ситуациях дети с РДА говорят четко и внятно. Детям с ДЦП свойственны нарушения звукопроизношения, сочетание их с нарушениями глотания и дыхания. Дети с РДА склонны к неологизмам, различиям в речи.

У детей с РДА и ДЦП имеются нарушения в пространственной ориентировке. Дети с РДА страдают недостаточной произвольностью внимания, страхом перед окружающим. У детей с ДЦП имеются нарушения пространственного гнозиса и двигательные расстройства: детям трудно повернуть голову, у них ограничено поле зрения.

У детей с ДЦП из-за ограниченных двигательных функций при игре обычно страдает ее техническая сторона. Им присущи монотонность и

инертность, отсутствие выдумки и самостоятельности, т.к. у таких детей наблюдается органическая задержка психического развития. У детей с РДА уровень игры полностью зависит от ее значимости.

Детям обеих групп свойственны невротоподобные и невротические состояния. Обычно дети с ДЦП боятся своей физической неполноценности, а детей с РДА страшит все новое, любая перемена обстановки. Детям с этими заболеваниями присущ комплекс неполноценности. Но для детей с ДЦП он выражается в физической слабости, а для детей с РДА – тобычно в психической.

Проявления непосредственно аутизма наблюдаются при ДЦП как вторичный признак и как компенсация ухода от объективных трудностей в свой мир.

Характерное раннее формирование речи у детей с РДА несвойственно детям с ДЦП. Формирование моторной сферы запаздывает и у тех и у других. Особенно трудно дифференцировать эти два заболевания, если ДЦП имеет легкую форму.

ПРОЯВЛЕНИЯ РДА НА РАННИХ ЭТАПАХ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

Отдельные проявления РДА видны уже в раннем возрасте. У грудных детей не наблюдается «комплекс оживления» при контакте с матерью, который свойственен здоровым детям. Они не улыбаются, если видят родителей, могут не реагировать на какие-то внешние раздражители, что может приниматься за нарушение работы органов чувств.

Такие дети мало спят; их сон прерывистый, беспокойный, неглубокий. У детей с РДА может отсутствовать чувство голода, быть сниженным аппетит. Они бывают избирательны в еде, порой беспричинно плачут и беспокоятся.

Дети с РДА часто бывают равнодушными к своим близким, не реагируют эмоционально на их появление или уход, иногда словно не замечают их присутствия. Нередко у детей как бы отсутствует умение различать одушевленные и неодушевленные предметы.

Но если привычная окружающая обстановка изменяется (появление новой игрушки, изменение времени кормления или прогулки), ребенок может очень бурно реагировать на это. Плач может не прекращаться до тех пор, пока режимные моменты не будут восстановлены или пока не уберут новую игрушку или иную вещь. У детей с РДА страх новизны выражен особенно сильно.

Поведение детей с этим синдромом, как правило, однообразно. Они часами совершают одни и те же действия, которые отдаленно могут

напоминать игру: наливают и выливают воду из посуды, переключают с одного места на другое различные предметы, которые обычно не имеют игровой направленности (веревки, бумажки, катушки).

Дети с РДА осознанно стремятся к одиночеству. Они чувствуют себя лучше, когда остаются одни. Контакты с матерью могут быть различными. Дети могут относиться к ней индифферентно, т.е. не реагировать на ее присутствие или отсутствие, а могут гнать ее от себя. Также существует симбиотическая форма контактов, когда ребенок не может долго находиться без матери, тревожится, если ее нет, но вместе с тем никогда не проявляет к ней никакой ласки.

Для детей с РДА характерны нарушения двигательной сферы. У них неуверенная ходьба, слабая дифференцированность мелкой моторики, неуклюжая походка. Часто отсутствуют содружественные движения, а уже на втором году жизни ребенка появляются комплексы стереотипных движений, подпрыгивания, потряхивание кистями рук, вращения вокруг себя.

Уже на ранних этапах развития дети с РДА проявляют страхи перед чем-то новым и непривычным. Нередко трудности возникают при попытках введения прикорма. Ребенок активно сопротивляется новым видам питания, а позже он становится избирателен в еде. Он может отказываться от определенных продуктов, реагируя на изменения пищи или режима плачем или криком.

Речь для детей с РДА часто не представляет интереса. Аутичный ребенок не фиксирует взгляда на говорящем, не отзывается на обращение. Речь не носит для него регулирующей функции. Поэтому важно на ранних этапах развития ребенка уметь отличить это состояние от глухоты. Лепет может появиться вовремя, к 3-4 месяцам, как и у здоровых детей. У некоторых детей с РДА лепет может отсутствовать совсем или быть слабо выраженным. Дети сразу от гуления переходят к произнесению слов. Первые слова могут появиться даже раньше положенного срока, однако у этих слов не будет смысловой соотнесенности. Дети произносят эти слова как бы в никуда, не обращаясь ни к кому конкретно. Словарный запас обычно не накапливается. Новые слова появляются вместо ранее запомненных. В речи детей часто присутствуют явления эхолалии, неологизмы.

У здоровых детей 3-6-месячного возраста ведущим видом деятельности становится игра: дети тянутся к игрушкам, хватают их, тянут в рот. У детей с РДА в этом возрасте игры не бывает вообще, или они совершают длительные манипуляции лишь с одной, хорошо знакомой игрушкой. Позже аутичные дети отдают предпочтение неигровым предметам: пуговицам, крышкам от кастрюль, гвоздям, газетам, песку и воде. Дети обращаются к тем предметам, которые дают им более ощутимый сенсорный эффект.

Дети с РДА имеют свои особенности формирования витальных функций и аффективной сферы. Такие дети могут быть гиповозбудимыми. Они вяло сосут грудь, не реагируют на физические неудобства: холод, голод, мокрые пеленки, слабо реагируют на попытки взять их на руки. Отмечается малая двигательная активность. Такие дети могут часами сидеть в одной и той же позе, не меняя ее. Ходить они начинают поздно. Дети, у которых отмечается гипервозбудимость, обычно плохо засыпают и спят. Они беспокойны, тревожны, подвержены частым переменам настроения. Иногда смена настроения детей связана с погодными явлениями. Часто дети проявляют агрессию по отношению к самим себе. Второй вид гипервозбудимости при РДА носит психопатоподобную направленность. Такие дети уже с рождения двигательны беспокойны, крикливы, имеют проблемы со сном. Часто наблюдается агрессия по отношению к близким. Таким детям нередко свойственны истерики.

Навыки самообслуживания у большинства аутичных детей формируются вовремя.

Главным расстройством при синдроме Каннера является аутизм. Дети первых месяцев жизни не фиксируют свой взгляд на глазах человека. Взгляд таких детей характеризуется как «застывший и неподвижный». Улыбка никуда не обращена. Дети не отвечают на попытки взять их на руки, ощущается напряжение при попытках прикоснуться к ним или взять их на руки. Иногда же дети охотно идут на руки ко всем.

Уже на 1-м году жизни появляется отгороженность детей с РДА от людей и окружающего мира в целом: дети индифферентно относятся ко всему окружающему.

ОСНОВНЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ АУТИЧНОГО РЕБЕНКА

Особенности воображения

1. Отсутствие понимания любого действия, которое предполагает понимание слов и их сложных ассоциаций, например, социальный разговор, литература, особенно художественная, тонкий вербальный юмор (хотя они могут понимать простые шутки). Как следствие, у них отсутствует мотивация принимать участие в подобном общении, хотя они могут обладать необходимыми для этого навыками.

2. Некоторые дети с аутизмом имеют ограниченный запас действий, которые они могут повторить (имитировать), например, из телепередач, но они производят эти действия постоянно, и не способны внести изменения по предложению других детей. Их игра может казаться очень сложной, но при внимательном наблюдении она оказывается очень жесткой и стереотипной.

Некоторые смотрят мыльные оперы или читают книги определенной тематики, например, научную фантастику, но их интерес ограничен и неизменен.

3. Тенденция выбирать мелкие или несущественные аспекты предметов в окружающей обстановке, привлекающие их внимание, вместо целостного понимания происходящего (например, заинтересованность сережкой, а не человеком; колесиком, а не всем игрушечным поездом; выключателем, а не всем электроприбором; реакция на шприц при игнорировании человека, который делает укол и т.д.).

4. Неспособность использовать воображение в игре с предметами или игрушками, или с другими детьми и взрослыми.

Особенности развития речи

Использование вокализации с целью общения начинается задолго до того, как ребенок становится способным произносить слова.

Речевые расстройства наиболее отчетливо видны после 3 лет. Некоторые больные остаются мутичными всю жизнь, но и в тех случаях, когда речь развивается, во многих аспектах она остается аномальной. В отличие от здоровых детей наблюдается тенденция повторять одни и те же фразы, а не конструировать оригинальные высказывания. Типичны отсроченные или непосредственные эхолалии. Выраженные стереотипии и тенденция к эхолалиям приводят к специфическим грамматическим феноменам. Личные местоимения повторяются так же, как слышатся, длительное время отсутствуют такие ответы, как «да» или «нет». В речи таких детей не редки перестановки звуков, неправильное употребление предложных конструкций.

Возможности понимания речи также ограничены у детей с аутизмом. В возрасте около 1-го года, когда здоровые дети любят слушать, как с ними разговаривают, дети-аутисты обращают внимание на речь не больше, чем на любые другие шумы. В течение длительного времени ребенок не в состоянии выполнять простые инструкции, не реагирует на свое имя.

В то же время некоторые дети, страдающие аутизмом, демонстрируют раннее и бурное развитие речи. Они с удовольствием слушают, когда им читают, запоминают длинные куски текста практически дословно, их речь производит впечатление недетской благодаря использованию большого количества выражений, присущих речи взрослых. Однако возможности вести продуктивный диалог остаются ограниченными. Понимание речи во многом затруднено и из-за трудностей понимания переносного смысла, подтекста, метафор. Такие особенности речевого развития в большей степени характерно для детей с синдромом Аспергера. Особенности интонационной стороны речи также отличает этих детей. Часто они затрудняются в

контролировании громкости голоса, речь воспринимается окружающими как «деревянная», «скудная», «механическая». Нарушены тон и ритм речи.

Таким образом, независимо от уровня развития речи, при аутизме в первую очередь страдает возможность использования ее с целью общения.

Невербальная коммуникация

Наблюдения над здоровыми младенцами обнаруживают связь между специфическими движениями рук, направлением взора, вокализацией и лицевой экспрессией. Уже в возрасте 9-15 недель активность рук в определенной последовательности связана с другими поведенческими паттернами. Например: указательная поза до или после вокализации при взаимодействии лицо в лицо с матерью, сжимание кисти во время вокализации, растопыривание пальцев – в те моменты, когда младенец отводит взгляд от ее лица. Интересно, что для некоторых мануальных актов характерны право-левые различия. Результаты экспериментальных исследований здоровых детей показывают связь развития жестов с уровнем развития речи. Очевидно, что в тех случаях, когда отсутствует гуление и ограничены возможности глазного контакта, что характерно для аутизма, этот подготовительный этап будет протекать аномально, а это не может не сказаться на развитии целого ряда психических функций. Действительно, в более старшем возрасте обнаруживаются явные трудности невербальной коммуникации а именно: использование жестов, мимической экспрессии, движений тела. Очень часто отсутствует указательный жест. Ребенок берет родителей за руку и ведет к объекту, подходит к месту его привычного расположения и ждет, пока ему дадут предмет.

Таким образом, уже на ранних этапах развития у детей с аутизмом имеют место признаки искажения специфических врожденных поведенческих паттернов, характерных для нормальных детей.

Специалисты К.С. Лебединская и О.С. Никольская выделяют основные особенности восприятия, такие как зрительное, слуховое восприятие, тактильная, вкусовая, обонятельная и проприоцентивная чувствительность.

Зрительное восприятие

Взгляд «сквозь» объект. Отсутствие слежения взглядом за предметом. «Псевдослепота». Сосредоточенность взгляда на «беспредметном» объекте: световом пятне, участке блестящей поверхности, узоре обоев, ковра, мелькании теней. Завороженность таким созерцанием. Задержка на этапе рассматривания своих рук, перебирания пальцев у лица.

Рассматривание и перебирание пальцев матери. Упорный поиск определенных зрительных ощущений. Стойкое стремление к созерцанию ярких предметов, их движения, верчения, мелькания страниц. Длительное

вызывание стереотипной смены зрительных ощущений (при включении и выключении света, открывании и закрывании дверей, двигании стекол, полок, верчении колес, пересыпании мозаики и т. д.). Раннее различение цветов. Рисование стереотипных орнаментов.

Зрительная гиперсинзетивность: испуг, крик при включении света, раздвигании штор; стремление к темноте.

Слуховое восприятие

Отсутствие реакции на звук. Страхи отдельных звуков. Отсутствие привыкания к пугающим звукам. Стремление к звуковой аутостимуляции: сминанию и разрыванию бумаги, шуршанию целлофановыми пакетами, раскачиванию створок двери. Предпочтение тихих звуков. Ранняя любовь к музыке. Характер предпочитаемой музыки. Ее роль в осуществлении режима, компенсация поведения. Хороший музыкальный слух.

Тактильная чувствительность.

Измененная реакция на мокрые пеленки, купание, причесывание, стрижку ногтей, волос. Плохая переносимость одежды, обуви, стремление раздеться. Удовольствие от ощущения разрывания, расслоения тканей, бумаги, пересыпания круп. Обследование окружающего преимущественно с помощью ощупывания.

Вкусовая чувствительность.

Непереносимость многих блюд. Стремление есть несъедобное. Сосание несъедобных предметов, тканей. Обследование окружающего с помощью облизывания.

Обонятельная чувствительность.

Гиперчувствительность к запахам. Обследование окружающего с помощью обнюхивания.

Проприоцептивная чувствительность.

Склонность к аутостимуляции напряжением тела, конечностей, ударами себя по ушам, зажиманием их при зевании, ударами головой о бортик коляски, спинку кровати. Влечение к игре с взрослым типа верчения, кружения, подбрасывания, неадекватные гримасы.

Интеллектуальное развитие

Впечатление необычной выразительности осмысленности взгляда в первые месяцы жизни. Впечатление «тупости», непонимания простых инструкций. Плохое сосредоточение внимания, его быстрая пресыщаемость.

«Полевое» поведение с хаотической миграцией, неспособность сосредоточения, отсутствием отклика на обращение. Сверхизбирательность внимания. Сверхсосредоточенность на определенном объекте. Беспомощность в элементарном быту. Задержка формирования навыков самообслуживания, трудности обучения навыкам, отсутствие склонности к имитации чужих действий. Отсутствие интереса к функциональному значению предмета. Большой для возраста запас знаний в отдельных областях. Любовь к слушанию чтения, влечение к стиху. Преобладание интереса к форме, цвету, размеру над образом в целом. Интерес к знаку: тексту книги, букве, цифре, другим обозначениям. Условные обозначения в игре. Преобладание интереса к изображенному предмету над реальным. Сверщенностные интересы (к отдельным областям знаний, природе и т. д.).

Необычная слуховая память (запоминание стихов, других текстов). Необычная зрительная память (запоминание маршрутов, расположения знаков на листе, грампластинке, ранняя ориентация в географических картах).

Особенности временных соотношений: одинаковая актуальность впечатлений прошлого и настоящего. Разница «сообразительности», интеллектуальной активности в спонтанной и заданной деятельности.

Особенности игровой деятельности

Игровая деятельность существенно определяет психическое развитие ребенка на всем протяжении его детства, особенно в дошкольном возрасте, когда на первый план выступает сюжетно – ролевая игра. Дети с чертами аутизма ни на одном возрастном этапе не играют со сверстниками в сюжетные игры, не принимают социальных ролей и не воспроизводят в играх ситуации, отражающие реальные жизненные отношения: профессиональные, семейные и др. Интерес и склонность к воспроизведению такого рода взаимоотношений у них отсутствует.

Недостаточная социальная направленность, порождаемая аутизмом, у этих детей проявляется в отсутствии интереса не только к ролевым играм, но и к просмотру кинофильмов и телепередач, отражающих межличностные отношения.

Развитие сюжетно-ролевой игры аутичного ребенка отличается рядом особенностей. Во-первых, обычно без специальной организации такая игра не возникает. Требуется обучение и создание особых условий для игр. Однако даже после специального обучения еще очень долго присутствуют лишь свернутые игровые действия – вот ребенок бежит по квартире с пузырьком; увидев мишку, быстро закапывает ему «капли» в нос, озвучив это действие: «Закапать нос», и бежит дальше; бросает в таз с водой кукол со

словами «Бассейн – плавать», после чего принимается переливать воду в бутылку.

Во-вторых, развивается сюжетно-ролевая игра очень постепенно, и в своем развитии должна пройти несколько последовательных этапов. Игра с другими детьми, как обычно происходит в норме, сперва недоступна аутичному ребенку. На начальном этапе специального обучения с ребенком играет взрослый. И лишь после долгой и кропотливой работы можно подключать ребенка к играм других детей. При этом ситуация организованного взаимодействия должна быть максимально комфортна для ребенка: знакомая обстановка, знакомые дети.

Кроме сюжетно-ролевой игры в дошкольном возрасте для детей с аутистическими симптомами так же важны и другие виды игр.

1. Каждый вид игры имеет свою основную задачу:

- стереотипная игра ребенка – основа взаимодействия с ним; также она дает возможность переключения, если поведение ребенка выходит из-под контроля;
- сенсорные игры дают новую чувственную информацию, переживание приятных эмоций и создают возможность установления контакта с ребенком;
- терапевтические игры позволяют снять внутреннее напряжение, выплеснуть негативные эмоции, выявить скрытые страхи и в целом являются первым шагом ребенка к контролю над собственным поведением;
- психодрама – способ борьбы со страхами и избавления от них;
- совместное рисование дает замечательные возможности для проявления аутичным ребенком активности, для развития его представлений об окружающем.

2. Игры вводятся в занятия в определенной последовательности. Построение взаимодействия с аутичным ребенком основывается на его стереотипной игре. Далее вводятся сенсорные игры. В процессе сенсорных игр возникают терапевтические игры, которые могут вылиться в проигрывание психодрамы. На этапе, когда с ребенком уже налажен тесный эмоциональный контакт, можно использовать совместное рисование.

В дальнейшем на разных занятиях используются вы виды игр попеременно. При этом выбор игры часто зависит не только от целей, которые поставил педагог, но и от того, как протекает занятие, от реакций ребенка. Это требует гибкости в использовании различных игр.

3. Все игры взаимосвязаны между собой и свободно «перетекают» одна в другую. Игры развиваются в тесной взаимосвязи. Так, в ходе сенсорной игры может возникнуть игра терапевтическая. В этом случае спокойная игра перерастает в бурное выплескивание эмоций. Точно так же она может

вернуться в прежнее спокойное русло. В терапевтической игре выявляются старые, скрытые страхи ребенка, что тут же может вылиться в разыгрывание психодрамы. С другой стороны, чтобы не допустить перевозбуждения ребенка во время терапевтической игры или психодрамы, в нужный момент у нас есть возможность переключить его на воспроизведение действий его стереотипной игры или предложить полюбившуюся сенсорную игру. Кроме этого, возможно развитие одного и того же игрового сюжета в разных видах игр.

4. Для всех видов игр характерны общие закономерности:

- повторяемость;
- путь «от ребенка»: недопустимо навязывать ребенку игру, это бесполезно и даже вредно;
- игра достигнет своей цели лишь в случае, если ребенок сам захотел в нее поиграть;
- каждая игра требует развития внутри себя – введения новых элементов сюжета и действующих лиц, использование различных приемов и методов.

Учебная деятельность

Любая произвольная деятельность в соответствии с поставленной целью плохо регулирует поведение детей. Им трудно отвлечься от непосредственных впечатлений, от положительной и отрицательной «валентности» предметов, т.е. от того, что составляет для ребенка их привлекательность или делает их неприятными. Кроме того, аутистические установки и страхи ребенка с РДА – вторая причина, препятствующая формированию учебной деятельности во всех ее неотъемлемых компонентах.

В зависимости от тяжести нарушения ребенок с РДА может обучаться как по программе индивидуального обучения, так и по программе массовой школы. В школе по-прежнему сохраняется изолированность от коллектива, эти дети не умеют общаться, не имеют друзей. Для них характерны колебания настроения, наличие новых, уже связанных со школой страхов. Школьная деятельность вызывает большие затруднения, учителя отмечают пассивность и невнимательность на уроках. Дома дети выполняют задания только под контролем родителей, быстро наступает пресыщение, утрачивается интерес к предмету. В школьном возрасте для этих детей характерно усиление стремления к «творчеству». Они пишут стихи, рассказы, сочиняют истории, героями которых они являются. Появляется избирательная привязанность к тем взрослым, которые их слушают и не мешают фантазированию. Часто это бывают случайные, малознакомые люди. Но по-прежнему отсутствует потребность в активной совместной жизни со взрослыми, в продуктивном общении с ними. Учеба в школе не складывается в ведущую учебную деятельность. В любом случае требуется специальная коррекционная работа по формированию учебного поведения аутичного ребенка, развитию своего рода «стереотипа обучения».

Список использованной литературы

1. Карвасарская Е. Осознанный аутизм, или Мне не хватает свободы / Е.Карвасарская. – М.: Издательство: Генезис, 2010 г.
2. Епифанцева Т. Б. Настольная книга педагога-дефектолога/ Т. Б. Епифанцева – Ростов н/Д: Феникс, 2007 г.
3. Никольская О.С. Аутичный ребенок. Пути помощи / О.С.Никольская, Е.Р.Баенская, М.М. Либлинг. – М.: Издательство: Теревинф, 2005 г.
4. Никольская О.С. Дети и подростки с аутизмом. Психологическое сопровождение /О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг, И.А. Костин, М.Ю. Веденина, А.В. Аршатский, О. С. Аршатская – М.: Издательство: Теревинф, 2005 г.
5. Мамайчук И.И. Помощь психолога детям с аутизмом. – СПб.: Речь, 2007 г.
6. Основы специальной психологии/под ред. Кузнецовой Л.В., Москва, Академия, 2005 г.