**«Ранний детский аутизм: основные симптомы, подходы к коррекции.»**

 **Составитель : Ончурова Е.В.**

Содержание

Введение

1. Описание заболевания
2. Встречаемость заболевания
3. Классификация РДА
4. Механизмы проявления и клиническая картина РДА
5. Коррекционная работа
6. Логопедическая работа
7. Психологическая коррекция
8. Психотерапевтическая работа

Заключение

Список литературы

**Введение.етский** аутизм болезнь

Если грудной ребенок выворачивается при попытке матери взять его на руки, или лежит на руках у матери как неодушевленный предмет, или не смотрит ей в лицо, – это должно вызывать серьезные подозрения, касающиеся психического здоровья ребенка. Чаще всего подобная ранняя “асоциальность” наблюдается у детей, страдающих так называемым ранним детским аутизмом, или синдромом Каннера (по имени врача Лео Каннера, впервые подробно описавшего этот тип патологии в 1943 г.).

В жизни и врачебной практике ранний детский аутизм обычно обнаруживается в связи с тем, что у таких детей не развивается речь. Именно с жалобой “наш ребенок все еще не говорит” родители начинают обращаться к врачам.

Впрочем, “неговорящими” являются не только аутичные дети, т.е. дети с сидромом Каннера, но и дети с системным недоразвитием “речевых” зон мозга; дети, глухие от рождения или очень рано оглохшие; перенесшие детский церебральный паралич и т.п. Увы, современное общество в избытке обеспечивает нас “неговорящими” детьми. Причины этого многообразны. В частности, развитие медицины и педагогической практики позволяет не только выжить, но и социализироваться детям с такими тяжелыми патологиями речи, которые в прежние времена оставили бы их не только вне “большого” социума, но и просто на обочине жизни.

Однако попытки понимания недугов оказываются довольно скудны даже в богатом постиндустриальном обществе, поскольку редко основаны на серьезных научных разработках – мешает характерный для постиндустриального общества чисто инструментальный, поверхностно-прагматический подход по схеме: воздействие на следствие без углубления в причины. В перспективе он губителен и для практики – ведь “неговорящие” дети не говорят по совершенно разным причинам. Но вот что именно вызывает “подлинный” РДА, описанный Каннером, науке до сих пор неизвестно. А между тем вопрос этот представляет не чисто медицинский и даже не чисто практический интерес – ответ на него, если он когда-нибудь будет получен, окажет, видимо, немалое влияние на все наше представление о самих себе как разумных существах, о том, откуда берется и что собой представляет наш разум и его главные орудия – язык и речь. Впрочем, упомянутый вопрос, даже в его нынешнем виде, без ответа, способен поколебать многие наши, казалось бы, сами собой разумеющиеся представления о человеке.

Отметим, что синдром Каннера в популяции встречается достаточно редко. Аутичные дети и взрослые, постоянно описываемые в литературе, а иногда и описывающие себя сами, – это в абсолютном большинстве случаев лица с так называемым вторичным аутизмом, у которых нежелание коммуникации и отгороженность от социума оказываются следствием ранней шизофрении. Соответственно, при всей замкнутости, отгороженности, холодности и неконтактности, аутичные дети с ранней шизофренией не являются “неговорящими” в буквальном смысле слова – они могут говорить, но не хотят этого, или говорят стереотипными фразами, как это делает герой Дастина Хоффмана.

**1. Описание заболевания**

Ранний детский аутизм — клинический синдром, впервые описанный Л. Каннером в 1943 г. Его основными признаками являются:

1. Врожденная неспособность ребенка к установлению аффективного контакта посредством взгляда, мимики, жеста, не обусловленная низким интеллектуальным уровнем;

2. Стереотипность поведения;

3. Необычные реакции на раздражители (дискомфорт или поглощенность впечатлениями);

4. Нарушения речевого развития;

5. Раннее проявление – до 30-го месяца жизни.

Особенно ярко аутизм проявляется в возрасте 3–5 лет и сопровождается страхами, негативизмом, агрессией. В дальнейшем острый период сменяется нарушениями интеллектуального и личностного развития.

**2. Встречаемость заболевания**

Клиническая, патологическая единица РДА признается специалистами большинства стран. Несмотря на это во взглядах на генез и прогноз РДА нет устоявшихся мнений. Подходы к определению РДА претерпевают изменения, практически, на протяжении всех 50 лет, прошедших со времени его описания Kanner L. в 1943 году.

По данным психиатров Германии, США, Японии частота встречаемости РДА исчисляется от 4 до 1 больного на 10000 детского населения. Соотношение мальчиков и девочек 4-5 : 1. У детей с РДА коэффициент интеллигентности более чем в двух третях случаев ниже 70.

**3. Классификация РДА**

Таким образом, к настоящему времени сложилось представление о двух типах аутизма: классическом аутизме Каннера и варианте аутизма, в который входят аутистические состояния разного генеза. Для того чтобы соотнести разные концептуальные подходы в определении аутизма представим ряд последних классификаций РДА.

1. Разновидности РДА:

- синдром раннего инфантильного аутизма Каннера (классический вариант РДА);

- аутистическая психопатия Аспергера;

- эндогенный, постприступный (вследствие приступов шизофрении, аутизм);

-. резидуально-органический вариант аутизма;

- аутизм при хромосомных аберрациях;

- аутизм при синдроме Ретта;

- аутизм неясного генеза.

2. Этиология РДА:

- эндогенно-наследственная (конституциональная, процессуальная), шизоидная, шизофреническая,

- экзогенно-органическая,

- в связи с хромосомным аберрациями,

- психогенная,

- неясная.

3. Патогенез РДА:

- наследственно-конституциональный дизонтогенез,

- наследственно-процессуальный дизонтогенез,

- приобретенный-постнатальный дизонтогенез.

Как видно, в представленной классификации рассмотрены все виды раннего детского аутизма – конституционального, процессуального и органического, в связи с хромосомными аберрациями, психогениями и неуточненного генеза.

Данная классификация РДА разработана в России в НЦПЗ РЛМН (1987 г.).

Классификация аутизма (Франция, 1987 г.)

1. Разновидности РДА

- Ранний инфантильный аутизм типа Каннера,

- другие типы инфантильного аутизма

2. Разновидности психозов у детей

- Психоз ранний дефицитарный,

- Психозы шизофренического типа, возникающие в детстве,

- Дисгармоничные психотики

Во французской классификации очень четко выделен РДА Каннера и другие типы аутизма, без соответствующего их разграничения по этиологии, в группу аутизма состояния связанные с психозом не относятся.

Похожая классификация принята у нас в МКБ-9 (1980 г.)

Международная классификация болезней 9-го пересмотра (1980 г.)

1. Разновидности РДА:

- Детский аутизм типа Каннера

2. Разновидности психозов у детей

- Неуточненные психозы,

- Шизофрения, детский тип,

- Детский психоз без других указаний,

- Шизофреноподобный психоз.

Данная классификация разработана в России в 1980 г. и используется в Российской Федерации до настоящего времени.

ДСМ-III-R (американская классификация болезней, 1987 г.)

1. Разновидности РДА: "первазивные расстройства развития". Ось II.

- Аутистические расстройства,

- Первазивные расстройства развития без дополнительных определений.

РДА в этом варианте систематики выносится из рубрики "психозов" относится к патологии развития и сближается с умственной отсталостью (УМО).

IСD-10 (ВОЗ, 1991 г.). Первазивные расстройства развития

1. Типичный аутизм

- аутистические расстройства,

- инфантильный аутизм,

- Инфантильный психоз,

- синдром аутизма Каннера.

2. Атипичный аутизм

- атипичные детские психозы,

- УМО с аутистическими чертами.

3. Синдром Ретта

Касаясь международной классификации болезней, следует особо подчеркнуть, что к “первазивным расстройствам” отнесены теперь как состояния с нарушениями развития и аутизмом, так психозы раннего возраста. Все они подразделены на типичные, т.е. возникающие до 3 лет и атипичные, т.е. после 3 лет. Хотя эта классификация еще не адаптирована в отечественной психиатрии, следует знать, что аутистические расстройства представлены в ней многообразнее и как синдром Каннера, и как другие варианты аутизма, отдельно охарактеризован синдром Ретта.

**4. Механизмы проявления и клиническая картина РДА**

Патогенетические механизмы раннего детского аутизма остаются недостаточно ясными, существуют предположения:

– о поломке биологических механизмов аффективности:

– о первичной слабости инстинктов;

– об информационной блокаде, связанной с расстройством восприятия;

– о недоразвитии внутренней речи;

– о центральном нарушении слуховых впечатлении, которое ведет к блокаде потребности в контактах;

– о нарушении активирующих влияний ретикулярной формации и многие другие.

Клиническая картина аутистического синдрома у детей с РДА определяется проявлениями отрешенности, с неспособностью к формированию общения, неспособностью к осознаванию посторонних персон и неодушевленных предметов (явлениями протодиакризиса), отсутствием подражания, реакций на комфорт и дискомфорт, монотонно-однообразным характером поведения, с “симптомами тождества”. Для них характерно господство влечений, противоположные желания, аффекты, представления, в поведении отсутствует единство и внутренняя логика.

**5. Коррекционная работа**

Коррекционная работа должна осуществляться поэтапно, исходя из степени выраженности аутистического дизонтогенеза ребенка с РДА. Использовались адаптированные для работы с аутистами обычные программы по обучению и организации игр для обычных и специализированных детских яслей и садов. Используются два режима: щадящий и активирующий. Адаптация ребенка к условиям дневного стационара базируется на использовании простейших – тактильных, пантомимических, моторных форм контактов, протопатических форм деятельности в условиях свободного выбора и полевого поведения. Оценка состояния ребенка-аутиста, уровня его развития, запаса знаний, поведенческих навыков должна проводиться комплексно всеми специалистами и служит основой разработки индивидуального плана коррекционных мероприятий. Направленная деятельность ребенка с РДА планируется с учетом диссоциации психического развития. Используется индивидуальная, а позднее групповая игротерапия.

На первых этапах отрабатывается важнейшая реакция оживления и слежения, формируется зрительно-моторный комплекс. В последующем, в процессе манипуляций с предметами развивают тактильное, зрительно-тактильное, кинестетическое, мышечное восприятие. Вырабатываются связи между определенными частями тела и их словесными обозначениями, видами движений, а также их словесными определениями. У ребенка формируется представление о собственном теле, его частях, членах, сторонах. Затем проводится работа по воспитанию навыков самообслуживания, участия в направленной деятельности.

Опыт показывает, что у большинства детей, на начальном этапе работы по лечению аутизма запас знаний, характер игровой деятельности отстает на 2-3 возрастных порядка. У них преобладает манипулятивная игра, отсутствует партнерство, не происходит соотнесение игры с истинным назначением игрушек, не возникает ориентировочной реакции на новые игрушки, лиц, участвующих в игре.

На следующем этапе задача усложняется переходом от манипулятивной игры к сюжетной. Наиважнейшей стороной работы остается побуждение к деятельности, многократное повторение игры, формирование игровых штампов, с постоянным использованием зрительно-моторного комплекса, лишь постепенно вводя от более простых более сложные формы игр и самой моторной деятельности, а также конкретно, последовательно, многократно излагать порядок всех игровых действий. Словесные комментарии необходимо давать в краткой форме.

И на последующих этапах работы, по-прежнему решается задача усложнения деятельности, с постепенным переходом от индивидуальных к направленным групповым занятиям, еще позднее к сложным играм, упражнениям.

**6. Логопедическая работа**

Логопедическая работа должна начинаться с определения речевой патологии, свойственной детям аутистам. Соответствующая коррекция направлена на развитие слухового внимания, фонематического, речевого слуха. Осуществляется постановка звуков, их автоматизация, вводятся дыхательные, голосовые упражнения. Важной остается задача расширения словарного запаса, развитие способности к составлению предложений по картинкам, их сериям, как и работа над связным текстом, состоящим из бесед, пересказа, “проигрывания”, драматизации разных тем, воспроизведение стихотворной речи и ряд других задач.

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

**7. Психологическая коррекция**

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. Адекватными оказываются игры с жесткой последовательностью событий и действий, их многократное проигрывание. Освоение системы игровых штампов аутистами, способствует формированию у них памяти, внимания, восприятия. В процессе занятий создается в последующем у аутистов возможность переноса усвоенного, т.е. творческая регуляция поведения и повышение предметно-практической ориентировки в окружающем.

**8. Психотерапевтическая работа**

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

Данный подход к оценке структуры психического дефекта у аутистов, прежде всего как к асинхронному развитию всех сфер деятельности ребенка, позволят вскрыть значимость в становлении его не только эндогенных, но и экзогенных факторов, на основании чего возможно обосновать необходимость проведения реабилитации.**Заключение**

Ранний возраст - один из самых интенсивных периодов развития, за который ребенок успевает овладеть не только многими сложными навыками - двигательными, речевыми, интеллектуальными, но и взаимодействием с окружающим миром. Сами его взаимодействия с миром, его индивидуальное мироощущение претерпевают огромную динамику, становятся чрезвычайно сложными. Тот аффективный опыт, который он получает в это время, становится основой всего его дальнейшего развития - эмоционального, личностного, социального и интеллектуального. Поэтому так важно, чтобы ребенок прошел его благополучно: не торопясь, не перескакивая через необходимые ступени развития. Для этого нужно, чтобы взрослый понимал логику его аффективного развития, возможность и уместность движения к усложнению взаимодействий.

Ритм и темп этого движения зависит от индивидуальных особенностей ребенка, но существуют некоторые закономерные и обязательные этапы, прохождение которых отмечает истинный эмоциональный возраст ребенка. Иногда он может расходиться с годами, указанными в его свидетельстве о рождении и даже уровнем развития отдельных психических функций. Однако он тоже является той объективной реальностью, которая может оказывать решающее влияние на его дальнейшее развитие.

Сам ход нормального развития достаточно драматичен, благополучные периоды сменяются эпизодами страхов и разлада во взаимоотношениях с близкими. Но каждый этап вносит свой необходимый вклад в становление сложной системы аффективной организации мироощущения и поведения ребенка. Своевременно возникающие трудности как раз и являются показателем нормальной динамики развития. Проблема состоит скорее в реакции взрослого на происходящее – его готовности помочь ребенку освоить новые возможности и предложить для этого те средства, которые соответствуют его реальному эмоциональному возрасту. Каждый такой выход из кризиса становится толчком для дальнейшего развития.

Внимательное совместное прохождение раннего периода развития позволяет ребенку максимально выявить индивидуальную жизненную манеру и помочь ему сформировать удобные для него формы социальной адаптации, обеспечить ему запас активности и прочности, возможности восстанавливаться после неизбежных стрессов.

В настоящее время, помощь больным с РДА осуществляется преимущественно в больницах, пребывание в которых длительные сроки ведет к социальной депривации, явлениям госпитализма. Тогда как организация специализированной лечебно-коррекционной реабилитации может привести к социальному приспособлению более трети детей с РДА. Эти виды помощи создают условия и для возможности принимать участие в общественно полезном труде и родителям детей аутистов. Описанные выше формы помощи являются и более экономичными, гуманными и лежат в основе профилактики (вторичного характера) форм психического недоразвития у детей аутистов.

**Литература**

1. Баенская Е.Р. Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием: младший дошкольный возраст. Альманах института коррекционной педагогики РАО. – 2001, № 4.

2. Баенская Е.Р., Никольская О.С., Лилинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. М.: – Центр традиционного и современного образования "Теревинф". – 1997.

3. Башина В.М. Ранний детский аутизм. // Материалы сервера http://autist.narod.ru/bashina.HTM.

4. Браудо Т.Е., Фрумкина Р.М. Детский аутизм, или странность разума. // Человек, – 2002, № 1.

5. Москаленко А.А. Нарушение психического развития детей – ранний детский аутизм. // Дефектология. – 1998, № 2. с. 89-92.

6. Орпик Н.И. Ранний детский аутизм. // Сургутский государственный университет. // Материалы сервера http://psychology.ru/ lomonosov/ tesises/in.htm.