Государственное образовательное учреждение Республики Коми « Специальная (коррекционная) школа № 40» г. Сыктывкара.

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА.**

**« НАРУШЕНИЕ АКТИВНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ОКРУЖАЮЩИМ МИРОМ У ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ».**

( Выступление на МО начальных классов 29.12.2017г. Учитель начальных классов Шевченко Л.А.)

29.12.2017г.

г. Сыктывкар.

НАРУШЕНИЕ АКТИВНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ОКРУЖАЮЩИМ МИРОМ У ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ.

Ранний детский аутизм — особая аномалия психического развития, при которой имеют место стойкие и своеобразные нарушения коммуникативного поведения, эмоционального контакта ребенка с окружающим миром. Основной признак аутизма, неконтактность ребенка, проявляется обычно рано, уже на первом году жизни, но особенно четко в возрасте 2-3 лет в период первого возрастного криза. Ранняя диагностика аутизма имеет важное значение, так как прогноз этой аномалии развития в значительной степени зависит от времени начала психолого-педагогической коррекции и лечения. У ребенка с аутизмом нарушено формирование всех форм довербального и вербального общения. Прежде всего у него не формируется зрительный контакт, ребенок не смотрит в глаза взрослого. На всех этапах развития ребенок с аутизмом в общении с окружающими не обращается к языку мимики и жестов. Принято считать, что ранний детский аутизм чаще возникает в определенной семейной среде, обычно это интеллектуальная среда. Известно также, что аутизм наблюдается у первенцев и единственных детей в семье. Самая главная особенность детей с аутизмом — это стремление избегать контакта с другими людьми. Ребенок ни на кого не смотрит, не общается с окружающими. Зрительное внимание детей с аутизмом крайне избирательно и очень кратковременно, ребенок смотрит как бы мимо людей, не замечает их и относится к ним как к неодушевленным предметам. В то же время он отличается повышенной ранимостью, впечатлительностью, его реакции на окружающее часто непредсказуемы и непонятны. Такой ребенок может не замечать отсутствия близких родственников, родителей и чрезмерно болезненно и возбужденно реагировать даже на незначительные перемещения и перестановки предметов в комнате. При аутизме своеобразный характер имеет игровая деятельность. Ее характерным признаком является то, что обычно ребенок играет один, предпочтительно используя не игровой материал, а предметы домашнего обихода. Он может длительно и однообразно играть с обувью, веревочками, бумагой, выключателями, проводами и т.п. Сюжетно-ролевые игры со сверстниками у таких детей не развиваются. Для детей с аутизмом характерны разнообразные нарушения психомоторики, которые проявляются, с одной стороны, в моторной недостаточности, отсутствии содружественных движений, а с другой — в появлении однообразных, стереотипных движений в виде сгибания и разгибания пальцев рук, потягиваний, взмахиваний кистями рук, подпрыгивании, вращения вокруг себя, бега на цыпочках и т.п. Особенно характерны вращающие движения кистями рук около наружных углов глаз. Такие движения появляются или усиливаются при волнении, при попытке взрослого вступить в контакт с ребенком. Многие дети с аутизмом отличаются повышенной пугливостью, впечатлительностью, склонностью к страхам, при этом особенно выражен страх новизны, который рассматривается как болезненно обостренный инстинкт самосохранения. Интеллектуальное развитие этих детей крайне разнообразно. Среди них могут быть дети с нормальным, ускоренным, резко задержанным и неравномерным умственным развитием. Отмечается также как частичная или общая одаренность, так и умственная отсталость. Среди характерных признаков раннего детского аутизма большое место занимают нарушения речи, которые отражают основную специфику аутизма, а именно — несформированность коммуникативного поведения. Поэтому у детей с аутизмом, прежде всего, нарушено развитие коммуникативной функции речи и коммуникативного поведения в целом. Независимо от срока появления речи и уровня ее развития, ребенок не использует речь как средство общения, он редко обращается с вопросами, обычно не отвечает на вопросы окружающих и в том числе близких для него людей. В то же время у него может достаточно интенсивно развиваться «автономная речь», «речь для себя». Среди характерных патологических форм речи прежде всего обращают на себя внимание эхолалии, вычурное, часто скандированное произношение, своеобразная интонация, характерные фонетические расстройства и нарушения голоса с преобладанием особой высокой тональности в конце фразы или слова, длительное называние себя во втором или в третьем лице. В отличие от речевых нарушений, например, алалии, речь при аутизме на самых ранних этапах может развиваться нормально или даже ускоренно, и ребенок по темпу ее развития иногда обгоняет здоровых сверстников. Затем она начинает постепенно утрачиваться: ребенок перестает говорить с окружающими, хотя иногда может разговаривать сам с собой или во сне, т.е. не развивается коммуникативная функция речи. Утрата речи всегда сочетается с потерей выразительного жестикулирования и имитационного поведения. Дети с аутизмом редко используют полноценную речь в общении. Различные варианты аутистического поведения могут формироваться вторично у детей с тяжелыми формами нарушений речи и слуха. Важное значение имеет клиническая дифференциация различных форм аутистического поведения применительно к каждому отдельному ребенку. Важность этой дифференциации объясняется еще и тем, что, как хорошо известно, дети с аутистическим поведением составляют группу повышенного риска развития тяжелого психического заболевания — детской шизофрении. Нарушения коммуникативного поведения при раннем детском аутизме необходимо отграничивать от невротических реакций, протекающих по типу пассивного протеста в виде мутизма. Мутизм — это отказ от речевого общения как реакция протеста.. Считается, что чаще он наблюдается у девочек. Способствующим фактором к возникновению мутизма является недостаточность речевой функции и часто наиболее интенсивное принуждение ребенка к речевому общению. Мутизм может быть избирательным и тотальным. Чаще наблюдается избирательный мутизм, который проявляется в том, что ребенок активно отказывается от речевого общения с определенными лицами, или со всеми взрослыми, или в определенной обстановке. Мутизм может быть кратковременным и затяжным. Ребенок с мутизмом должен быть обязательно осмотрен детским психоневрологом и для него должна быть создана щадящая психологическая атмосфера в семье и в учебном учреждении. Особенно важное значение имеет предупреждение мутизма у детей с различными формами речевых расстройств, а также при РДА. В настоящее время считается, что аутистическое поведение представляет собой интегральное расстройство с различной этиологией и патогенезом. Выяснение в каждом конкретном случае механизмов его развития на клиническом этиопатогенетическом уровне имеет важное практическое и теоретическое значение. Со времени описания РДА в 1943 г. Каннером и вскоре Аспергером выделяют две его формы: синдром детского аутизма Каннера и аутистическая психопатия Аспергера. Вариант Аспергера обычно более легкий, при нем не страдает «ядро личности». Этот вариант многие авторы относят к аутистической психопатии. В литературе представлены описания различных клинических проявлений при этих двух вариантах аномального психического развития. Так, например, РДА Каннера обычно рано выявляется — в первые месяцы жизни, или на протяжении первого года. При синдроме Аспергера особенности развития и странности поведения, как правило, начинают проявляться на 2-3 году и более четко — к младшему школьному возрасту. При синдроме Каннера ребенок начинает ходить раньше, чем говорить, при синдроме Аспергера речь появляется раньше ходьбы. Синдром Каннера встречается как у мальчиков, так и у девочек, а синдром Аспергера считается «крайним выражением мужского характера». При синдроме Каннера имеет место познавательный дефект и более тяжелый социальный прогноз, речь, как правило, не несет коммуникативной функции. При синдроме Аспергера интеллект более сохранен, социальный прогноз значительно лучше и ребенок обычно использует речь как средство общения. Зрительный контакт также лучше при синдроме Аспергера, хотя ребенок и избегает чужого взгляда; общие и специальные способности также лучше при этом синдроме. Аутизм может возникать как своеобразная аномалия развития генетического генеза, а также наблюдаться в виде осложняющего синдрома при различных неврологических заболеваниях, в том числе и при метаболических дефектах. Клиническая дифференциация РДА имеет важное значение для определения специфики лечебно-педагогической работы, а также для школьного и социального прогноза.  
При оценке аутистического поведения у ребенка мы считаем важным разграничивать аутизм как особую форму аномального развития и аутистические проявления как синдром, наблюдаемый при различных нервно-психических заболеваниях. В первом случае аутизм является ведущим дефектом в структуре аномального развития, во втором — осложняющим нарушением при различных заболеваниях ЦНС, сочетающихся с умственной отсталостью. При нерезко выраженных проявлениях аутизма — во втором случае используется нередко термин параутизма. Так, синдром параутизма может нередко наблюдаться при описанном выше синдроме Дауна. Кроме того, он может иметь место при следующих заболеваниях ЦНС:

1. Мукополисахаридозы — группа наследственных заболеваний, при которых имеют место нарушения обмена веществ в соединительной ткани. Характерный внешний облик больных определяет второе название этой группы заболеваний — гаргоилизм. При этих заболеваниях имеет место комплекс нарушений, включающий патологию соединительной ткани, ЦНС, органов зрения, опорно-двигательного аппарата и внутренних органов. Умственная отсталость различной степени выраженности сочетается с дефектами зрения, слуха и нарушениями общения по типу раннего детского аутизма. Признаки РДА проявляются избирательно и непостоянно и не определяют основную специфику аномального развития.

2. Синдром Леша-Нихана — наследственное заболевание, включающее умственную отсталость, нарушения моторики в виде насильственных движений — хореоатетоза, аутоагрессию, спастические церебральные параличи. Характерным признаком заболевания являются выраженные нарушения поведения — аутоагрессия, когда ребенок может наносить себе серьезные повреждения, а также нарушение общения с окружающими.

3. Кроме того, аутистическое поведение наблюдается нередко при описанной выше фенилкетонурии и синдроме ломкой Х-хромосомы.

4. Аутистическое поведение характерно также для синдрома Улъриха-Нунан. Синдром является наследственным, передается как менделирующий аутосомно-доминантный признак. Проявляется в виде характерного внешнего вида: антимонголоидный разрез глаз, узкая верхняя челюсть, малых размеров нижняя челюсть, низко расположенные ушные раковины, опущенные верхние веки (птоз). Характерным признаком считается шейная крыловидная складка, короткая шея, низкий рост. Интеллектуальные нарушения проявляются не во всех случаях. Несмотря на то, что дети формально кажутся контактными и приветливыми, их поведение, в целом, достаточно разлажено, многие из них испытывают неадекватные навязчивые страхи, проявляют синдром тождества, характерный для аутизма, разлаженность поведения и стойкие трудности социальной адаптации.

5. Аутистическое поведение может наблюдаться у некоторых детей с синдромом Дауна, а также при туберозном склерозе и особом нервно-психическом заболевании — синдроме Ретта.

Туберозный склероз является наследственным заболеванием, при котором интеллектуальные нарушения (чаще умственная отсталость) сочетаются со своеобразными кожными изменениями — депигментированными пятнами в области лица в виде бабочки и на подбородке. Поражение нервной системы проявляется в виде судорожного синдрома и умственной отсталости. На фоне текущего органического поражения ЦНС у детей нередко возникают аутистические формы поведения.

Синдром Ретта — психоневрологическое заболевание, которое встречается исключительно у девочек с частотой 1:12 500. Заболевание проявляется с 12-18 месяцев, когда девочка, до тех пор нормально развивающаяся, начинает терять едва сформировавшиеся речевые, локомоторно-статические и предметно-манипулятивные навыки. Характерным признаком данного заболевания является сочетание потери целенаправленных ручных навыков с появлением стереотипных (однообразных) движений рук в виде их потирания, заламывания, «мытья». По мере течения заболевания меняется внешний облик девочки: лицо становится все менее выразительным, своеобразное «неживое», «несчастное» лицо, взгляд часто неподвижный, такие дети могут подолгу смотреть в одну точку перед собой. . Все эти дети с органическим поражением ЦНС стремятся к общению с окружающими, они не отгорожены от внешнего мира, не избегают зрительного контакта и не проявляют особого диссоциированного поведения, характерного для РДА. Кроме того, у детей с органическим поражением ЦНС и проявлениями аутистического поведения имеет место качественно иная иерархия когнитивных расстройств по сравнению с детьми с аутизмом. При органическом поражении ЦНС во всех случаях более недостаточными оказывались наиболее поздно формирующиеся нервно-психические функции; при РДА, как уже отмечалось выше, имеет место асинхронный вариант психического развития, поэтому ребенок с РДА, не владея элементарными бытовыми навыками, может проявлять достаточный уровень психомоторного развития в значимых для него видах деятельности. Проявления самого аутизма у детей с органическим поражением ЦНС являются менее выраженными и непостоянными. На основе представленного уровневого подхода в отечественной психологии разработаны основные направления коррекции эмоциональных расстройств у детей и, прежде всего, у детей с аутизмом (К..С Лебединская, О.С.Никольская, 1988, В.ВЛебединский, О.С.Никольская, Е.Р.Баенская, М.М-Либлинг, 1990). Психологическая коррекция направлена, прежде всего, на преодоление негативизма и установление контакта с аугичным ребенком, преодоление у него сенсорного и эмоционального дискомфорта, тревоги, беспокойства, страхов, а также отрицательных аффективных форм поведения: влечений, агрессии. При этом, одной из главных задач психологической коррекции является преимущественная ориентация на сохранные резервы аффективной сферы с целью достижения общего расслабления, снятия патологического напряжения, уменьшения тревоги и страхов с одновременным увеличением произвольной активности ребенка. С этой целью используются различные приемы аутотренинга и оперантной регуляции поведения. Отечественные психологи подчеркивают важность при проведении этой работы ориентироваться на представленную структуру уровней эмоциональной регуляции (В.В. Лебединский, О.С.Никольская и др.).

Важной задачей психокоррекционной работы является развитие у ребенка доступных ему способов аффективной адаптации к своему окружению, используя комплексный подход к организации его аффективной жизни и нормализуя его взаимодействие прежде всего, с близкими для него людьми. Вся коррекционная работа проводится поэтапно, при этом первостепенной задачей является установление эмоционального контакта с ребенком, развитие его эмоционального взаимодействия с внешним миром. При установлении контакта с ребенком особенно важно избегать всякого, даже минимального давления на него, а в раде случаев и просто прямого обращения к нему. Контакт, прежде всего, устанавливается и поддерживается в рамках интереса и активности самого ребенка, этот контакт должен вызывать у него положительные эмоции, важно, чтобы ребенок почувствовал, что с партнером ему лучше и интереснее, чем одному. Специфика работы по установлению контакта дифференцируется в зависимости от состояния ребенка. Важно очень постепенно увеличивать продолжительность аффективных контактов. Разработаны методы дифференцированной психологической и педагогической работы с аутичными детьми (К.С.Лебединская, О.С.Никольская, Е.Р.Баенская, М.МЛиблинг, Т.И.Морозова, Р.К.Ульянова).

Лечебно-педагогическая работа с детьми с нарушениями общения имеет комплексный характер и включает медикаментозную, психологическую и педагогическую коррекцию. Важное значение имеет медикаментозное лечение, которое проводится строго дифференцирование, с учетом медицинского диагноза и преобладающих психомоторных нарушений. Основную группу детей с нарушениями общения составляют дети с ранним детским аутизмом (РДА). При лечении детей с РДА важно проведение дифференциальной диагностики между проявлениями аутизма как аномалии развития и как синдрома шизофренического процесса. При наличии выраженных психопатологических расстройств в виде аффективной возбудимости, агрессивности, двигательной расторможенности с проявлением импульсивно-стереотипного поведения применяют нейролептики с антипсихотическим действием: неулептил в дозе 4-10 капель (1 мг = 10 каплям), малые дозы галопервдола (до 4 капель в сутки). При наличии психомоторного возбуждения назначают малые и терапевтические дозы меллерила (сенапакса) — 25-50 кг в сутки. Отмечается, что френолон выравнивает поведение, уменьшает страхи и навязчивое поведение. Для выравнивания поведения и установления лучшего контакта с окружающими назначают амитриптилин (триптизол). При сочетании общего возбуждения с нарушениями сна назначают барбитураты, антигистаминные препараты, седативную терапию (пипольфен, димедрол, препараты брома). При сочетании различных психопатологических расстройств, что является наиболее частым, назначают комбинированное лечение.

При наличии нерезко выраженной тревожности, возбудимости, нарушений сна назначают препараты типа сибазона, грандаксина. При аутизме на фоне органического поражения ЦНС указанные выше препараты сочетают с назначением лекарств, нормализующих внутричерепное давление (диакарб, триампур и др.).

В тех случаях, когда синдром раннего детского аутизма имеет место у детей с задержкой психического развития, с умственной отсталостью, показано назначение также препаратов, улучшающих обменные процессы в ЦНС и мозговое кровообращение: витамины группы В, особенно витамин Вд, пантогам, когитум, энцефабол, цинарезин, кавинтон.

Важное значение имеет психологическая коррекция, основы которой разработаны К.С.Лебединской, О.Н.Никольской, В.ВЛебединским и др. Психологическая коррекция направлена на преодоление негативизма и установление контакта с ребенком, преодоление сенсорного и эмоционального дискомфорта, тревоги, беспокойства, страхов, а также отрицательных аффективных форм поведения: влечений, агрессии.

Особенно важное значение имеет установление контакта с аугичным ребенком, активация его психической деятельности и произвольно регулируемых форм поведения. Для решения этих задач особо важное значение имеют специальные игротерапевтические занятия. Дети с аутизмом отличаются крайне низкой произвольной психической активностью, что затрудняет проведение с ними педагогических коррекционных занятий. Поэтому необходимо применение ряда психолого-педагогических коррекционных приемов, направленных на стимуляцию произвольной психической активности ребенка (К.С.Лебединская, О.Н.Никольская и др.). Для усиления психической активности в ситуацию игровых занятий полезно вводить дополнительные яркие впечатления в виде музыки, ритмики, пения (К.С.Лебединская, О.Н.Никольская, Р.К. Ульянова и др.). Особенно важное значение в воспитании аутичного ребенка имеет организация его целенаправленного поведения. Этой цели служит четкий распорядок дня, формирование стереотипного поведения в определенных ситуациях. При проведении лечебно-коррекционной работы с детьми с нарушениями общения важное значение имеет развитие их общей и особенно тонкой моторики и подготовки руки к письму. В специальном исследовании было показано, что у детей с аутизмом имеют место своеобразные нарушения тонкой моторики рук (Р. К. Ульянова, 1992). Ребенок не может правильно взять в руки кисть, карандаш, раскатать в руках пластилин, но особые трудности он испытывает при овладении графическими навыками (Р.К.Ульянова). В настоящее время разработаны методы подготовки детей с аутизмом к усвоению графических навыков. Эта работа проводится в два года. На первом (подготовительном) этапе решают следующие основные задачи:

— установление и поддержание контакта с ребенком;  
— организация целенаправленного поведения в предметно-практической и игровой деятельности;  
— коррекция имеющихся двигательных нарушений;  
— развитие плавности и ритмичности движений;  
— воспитание навыков самообслуживания;  
— развитие зрительно-моторной координации и подготовка руки к письму (Р.К.Ульянова).

Система специального обучения графическим навыкам аутичного ребенка включает:  
— словесную регуляцию его поведения;  
— организацию ориентировочно-исследовательской деятельности;  
— проведение специальных пропедевтических упражнений (Р.К.Ульянова). Подход к обучению аутичного ребенка основывается на принципе стимуляции и поддержки развития сохранных сторон психики и преобладающих интересов.

Из книги Е.М. Мастюковой « Лечебная педагогика» Москва, «Владос», 1997, СС. 99-108, 258-164.