**Введение**

При искаженном развитии наблюдается наиболее выраженная асинхрония: сложные сочетания общего недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, приводящие к ряду качественно новых патологических образований. В процессе формирования психических функций происходит иная иерархия в последовательности развития отдельных систем, в значительной мере противоположная нормальному онтогенезу.

Наиболее характерной моделью искаженного развития является дизонтогенез при синдроме раннего детского аутизма. Его этиология и патогенез неясны. По мнению ряда исследователей, в значительной части случаев речь идет о ранней детской шизофрении. В последнее время все чаще высказывается мнение о связи этой аномалии развития с органическим поражением мозга.

**1 Общая характеристика раннего детского аутизма**

По определению, ранний детский аутизм – это общее расстройство развития, определяющееся наличием аномального и/или нарушенного развития, которое проявляется в возрасте до 3 лет и характеризуется аномальным функционированием во всех трех сферах социального взаимодействия, общения и ограниченного, повторяющегося поведения. У мальчиков расстройство развивается в 3–4 раза чаще, чем у девочек.

При диагностике обращают внимание на следующие признаки: предшествующего периода несомненно нормального развития обычно нет, но если есть, то аномалия выявляется в возрасте до 3 лет. Всегда отмечаются качественные нарушения социального взаимодействия. Они выступают в форме неадекватной оценки социо-эмоциональных сигналов, что заметно по отсутствию реакций на эмоции других людей и/или отсутствию модуляции поведения в соответствии с социальной ситуацией; плохо используются социальные сигналы и незначительная интеграция социального, эмоционального и коммуникативного поведения; особенно характерно отсутствие социо-эмоциональной взаимности.

Аутизм проявляется в форме отсутствия социального использования имеющихся речевых навыков; нарушений в ролевых и социально-имитационных играх; низкой синхронности и отсутствия взаимности в общении; недостаточной гибкости речевого выражения и относительного отсутствия творчества и фантазии в мышлении; отсутствия эмоциональной реакции на вербальные и невербальные попытки других людей вступить в беседу; нарушенного использования тональности и выразительности голоса для модуляции общения; такого же отсутствия сопровождающей жестикуляции, имеющей усилительное или вспомогательное значение при разговорной коммуникации.

Это состояние характеризуется также ограниченным, повторяющимся и стереотипным поведением, интересами и активностью и проявляется тенденцией устанавливать жесткий, раз и навсегда заведенный порядок во многих аспектах повседневной жизни. Обычно это относится к новым видам деятельности, а также к старым привычкам и игровой активности. Может наблюдаться особая привязанность к необычным, чаще жестким предметам, что наиболее характерно для раннего детского возраста. Дети могут настаивать на особом порядке выполнения ритуалов нефункционального характера; может иметь место стереотипная озабоченность датами, маршрутами или расписаниями; частыми являются моторные стереотипии; характерно проявление особого интереса к нефункциональным элементам предметов (таким, как запах или осязательные качества поверхности); ребенок может противиться изменениям заведенного порядка или деталей его окружения (таких, как украшения или меблировка дома).

Помимо этих специфических диагностических признаков дети с аутизмом часто обнаруживают ряд других неспецифических проблем, таких как фобии (страхи), нарушения сна и приема пищи, вспышки гнева и агрессивность. Достаточно часты самоповреждения.

Большинству детей с аутизмом не хватает спонтанности, инициативности и творчества в организации досуга, а при принятии решений им трудно использовать общие понятия (даже когда выполнение задач вполне соответствует их способностям). Характерные для аутизма специфические проявления дефекта меняются по мере возраста ребенка, но на протяжении зрелого возраста этот дефект сохраняется, проявляясь во многом сходным типом проблем социализации, поведения и интересов.

Для постановки диагноза аномалии развития должны отмечаться в первые 3 года жизни, но сам синдром может диагностироваться во всех возрастных группах. При аутизме могут быть любые уровни умственного развития, но примерно в трех четвертях случаев имеется отчетливая умственная отсталость.

В психиатрической классификации в синдром раннего детского аутизма включаются:

– аутистическое расстройство;

– инфантильный аутизм;

– инфантильный психоз;

– синдром Каннера.

Отдельные случаи аутистических состояний описывались давно. В работах советских авторов 20–30-х годов (Г.Е. Сухарева, 1925; Н.И. Озерецкий, 1938; М.С. Певзнер, 1941) содержатся не только клинические описания таких детей, но и рассматривается вопрос о нозологической и этиологической принадлежности этих состояний. После опубликования Л. Каннером (1943) работы о раннем инфантильном аутизме интерес к проблеме резко возрос. В обширной литературе, накопившейся за истекшие 60 лет, отражено множество точек зрения. При их анализе можно отметить две ведущие тенденции: 1) рассмотрение всех аутистических синдромов детства в рамках синдрома и концепции Л. Каннера о раннем инфантильном аутизме и 2) выделение различных клинических форм детского аутизма (Н. Asperger, С.С. Мнухин, Д.Н. Исаев, В.Е. Каган). Их объединяет сформулированное положение об аутизме как одном из синдромов детской психопатологии.

В настоящее время выделяют 5 групп детского аутизма.

Группа I. Аутистические психопатии. При изучении анамнеза можно встретить указания на поздний возраст родителей, легкие токсикозы и асфиксии в родах, психотравму матери в период беременности, слабость родовой деятельности, заболевания первого года жизни (прививочные реакции, отит и т.д.). Это, как правило, дети интеллигентных, хотя и обладающих своеобразными чертами характера и личности, но хорошо адаптированных родителей.

Обычно они попадают в поле зрения психоневролога начиная со 2–3-го года жизни и чаще – на фоне качественного и количественного изменения требований среды (устройство в детский сад, изменение семейной обстановки, поступление в школу, смена места жительства, класса или школы).

Интеллект этих детей, как правило, высок (до 120–135 баллов по WISC). Отмечается незначительное преобладание вербального интеллекта по сравнению с невербальным. Склад мышления может быть назван проблемным. Речь развивается рано, часто раньше ходьбы и отличается богатым словарным запасом, тонкой смысловой и эмоциональной нюансировкой.

Производя внешнее впечатление холодных, гордых, замкнутых, они в действительности страдают от своей неспособности к установлению и поддерживанию широких контактов и склонны к формированию прочных привязанностей к немногим людям. Иногда они пользуются уважением – правда, весьма умеренным – за ум, осведомленность, принципиальность. Чаще же из-за раздражающей откровенности и неуместной прямолинейности, неумения наладить и поддержать контакт, несоблюдения общепринятых правил и субординации они оказываются в довольно напряженных отношениях с воспитателями и сверстниками. Их двигательно-спортивная неловкость также снижает возможности завоевания и поддержания авторитета в коллективе.

Интересы и увлечения этих детей необычны, односторонни, длительны и характеризуются опережающим несоответствием возрасту. Бросается в глаза «взрослость» их поведения и речи, сопровождающаяся возмущением «несерьезностью», «ребячливостью» сверстников и тягой к лучше понимающим их взрослым. В фантазировании, свойственном детям этой группы, отражаются не только интересы, увлечения, проблемный склад мышления, но и стремление компенсировать свое положение в детском коллективе и отдельные стороны своей несостоятельности.

Трудности коммуникации осознаются и переживаются, благодаря чему большинство детей этой группы существует на уровне длительной невротизации, проявляющейся в широком наборе невротических симптомов: от астенических до обсессивных.

Группа 2. Органические аутистические психопатии. В анамнезе детей этой группы обычно выявляются пре- и перинатальные вредности, тяжелые соматические заболевания на первом году жизни.

В наиболее легких случаях их проявления приближаются к картине аутистических психопатий первой группы и нередко трудны для отграничения. Детей этой группы резко отличает более выраженная двигательная неловкость, неуклюжая манера держаться и странная форма общения с окружающими. В отличие от высокого и среднего интеллекта при аутистических психопатиях у этих детей интеллект может быть на уровне средней нормы или даже пограничным. Примечательна более резкая разница между вербальным и невербальным интеллектом, в основном за счет снижения невербального. Например, итоговая оценка по WISС – 92–93 балла, вербальная – 114, невербальная – 71 балл. Возможны затруднения в овладении школьными навыками, особенно по математике. Более отчетливо по сравнению с первой группой выражена недостаточность пространственно-временных представлений.

Эти дети склонны к мудрствованию, странным, неумелым рассуждениям, ненужным вопросам и обличительным речам. У многих выражены односторонние бесплодные увлечения и тенденция к фантазированию. При этом фантазии беднее, чем у детей первой группы, а интересы и увлечения не носят характера опережающего несоответствия. Вместо «взрослости» речи здесь часто обнаруживается склонность к сложным и витиеватым формулировкам.

Все эти особенности проявляются на фоне недостаточности психического напряжения, элементов аспонтанности, прилипаемости и застревания, снижения целеустремленности и известной зависимости поведения от случайных внешних раздражителей. Будучи привязанными к близким, они не способны к глубоким эмоциональным контактам с окружающими. Вместе с тем в новой обстановке они «свободны» вплоть до развязности и фамильярности. У многих отмечаются легкие неврологические и сомато-вегетативные органические стигмы.

Группа 3. Аутистический синдром при олигофрении. У 2/3 этих детей психическая неполноценность причинно связана с грубой эмбриопатией и интранатальными вредностями, а у остальных – с неоднократными тяжелыми заболеваниями, энцефалитами, травмами головы или тяжелыми осложнениями вакцинаций в раннем детстве.

Отмечается резкая диссоциация вербального и невербального интеллекта за счет выраженного снижения невербального при более сохранном вербальном. Так, при итоговой оценке 60 баллов по WISС вербальные оценки 80–90 баллов, а невербальные 40–30 баллов. Дети обладают значительным запасом формальных сведений, которыми в практической жизни пользуются мало или в неподходящей ситуации.

Эти дети обращают внимание часто не столько психическим отставанием, сколько странностью и чудаковатостью в поведении, в повседневной реализации наличного интеллекта. В связи с неспособностью к выраженному психическому напряжению их внимание скользит от одного объекта к другому, а поведение часто приобретает черты «полевого». Это ярко проявляется в играх, а у более старших детей – при обучении. Они часто не сразу откликаются на зов, могут «не замечать» людей. Но при этом настойчивое внешнее стимулирование и побуждение позволяют выявить их способности к решению относительно сложных житейских задач.

Большинство из них не стремятся к обычным детским развлечениям, но могут подолгу заниматься примитивными играми вроде верчения колесика, веревочки. Эта монотонная активность очень близка к стереотипной – по типу застревания – подвижности в виде похлопываний, подпрыгивании и т.д. У многих отмечаются нарушения в сфере инстинктивных проявлений: снижение или отсутствие чувства опасности, извращение аппетита и др. Они могут тепло относиться к родителям, особенно к матери, но практически не способны к эмоциональному контакту с другими людьми и сверстниками, хотя благодаря отсутствию чувства дистанции и субординации они часто выглядят грубо развязными. При этом их отличает беспомощность и беззащитность перед лицом недружественного поведения.

Дети этой группы склонны к использованию усложненных речевых шаблонов при малом запасе понятий, задают массу отвлеченных вопросов, которые носят характер бесцельного любопытства. Их увлечения и фантазии часто причудливы, но в основе своей бедны, монотонны и представляют собой обрывки слышанного и виденного, складывающиеся в необычные и странные построения. Грубые и стойкие нарушения пространственно-временной координации и ориентации создают крайние трудности в их обучении и бытовой адаптации. У всех этих детей неловкая и своеобразная моторика с затрудненным освоением даже несложных навыков.

Группа 4. Аутизм детей с эпилептическими припадками. Неуклюжие, с неловкой моторикой – эти дети хорошо запоминают длинные стихи, сказки, песни. Инстинктивные и эмоциональные проявления у них бедны. Они склонны к резонерству, фантазированию, бессмысленному любопытству и мудрствованию. Нарушения поведения и интеллекта чаще всего связаны у них с внутриутробными вредностями. При этом недостаточность интеллекта «перекрывается» аутистическими проявлениями, что вообще характерно для органического аутизма. С.С. Мнухин (1963), наблюдая этих детей, изучил связь степени и особенностей аутизма с характером и частотой припадков. Выяснилось, что у ряда больных эпилептические статусы и единичные пароксизмы возникали сезонно (весной, осенью) или периодически. Был подчеркнут параллелизм выраженности аутистических и эпилептических проявлений и сформулировано положение о том, что сочетание их представляет собой закономерный, патогенетически целостный и единый комплекс. детский аутизм психический

Группа 5. Аутистические реакции и патологическое развитие личности по аутистическому типу. Аутистическому реагированию вне рамок психозов и психопатий в литературе уделено сравнительно мало внимания. Между тем этот тип реагирования отнюдь не редок в детской практике. Можно выделить, по крайней мере, три основные формы: 1) психогенный, 2) соматогенный аутизм, 3) патологическое развитие личности по аутистическому типу. Однако при индивидуальном анализе чаще приходится сталкиваться с совместным – в рамках единого патогенеза – действием различных факторов: психогенного, соматогенного и фактора продолжительности личностного отреагирования, в свою очередь зависящего от ряда условий. Такая ситуация создается при ряде длительных заболеваний и состояний, деформирующих внешность ребенка, ограничивающих двигательные возможности, снижающих приток информации и затрудняющих общение. В литературе приводятся наблюдения аутизма у детей с неспецифическим инфекционным полиартритом, гигантизмом, у слепых и слабовидящих детей и т.д.

Известное значение в формировании аутистического реагирования имеют различной выраженности асинхронии развития, возрастные кризы, средовые особенности и характер реагирования референтной группы на проявления особенностей у ребенка и его собственного отношения к ним.

 **Основные подходы к коррекции раннего детского аутизма**

Дизонтогенез аутичного ребенка, представляющий собой сложную комбинацию первичных и вторичных дефектов, требует разработки коррекционных приемов их преодоления, дифференцированных в зависимости от функции, на которую направлена коррекция.

Полученные данные об особенностях эмоциональной сферы детей с ранним аутизмом позволили разработать специальную методику психологической коррекционной работы, в первую очередь психотерапии и в частности игротерапии, этапы которой разработаны О. С. Никольской.

Исходя из представленных выше данных одной из первых коррекционных задач является создание у ребенка устойчивых положительных доминант, противодействующих страхам и другим отрицательным эмоциям. Поэтому первый этап коррекционной работы строится как попытка расширения сферы положительных эмоций и отсюда – блокада патологически обусловленных отрицательных эмоций. Этот этап игротерапии включает простые игровые действия с яркими игрушками, манипуляции со светом, звуком, цветом, ритмические игры и танцы.

Эмоционально насыщенные ритмические игры и движения нередко уменьшают двигательные расстройства. Как указывалось, у детей с ранним аутизмом часто отмечаются насильственные подпрыгивания, раскачивания и т.д. Переключение же в процессе ритмических игр с собственного патологического стереотипного ритма на другой, навязанный ему способ двигательного «заражения», оказывается терапевтически благоприятным, так как новый ритм не только вызывает положительные эмоции, но и дисциплинирует двигательные проявления ребенка.

Обогащение эмоциональных связей больного ребенка достигается и усилением эмоционального компонента восприятия окружающего мира. Как известно, аутичный ребенок пассивно регистрирует окружающее. Восприятие ситуации не стимулирует действия, так как побудительная сила либо очень мала, либо отсутствует. Поэтому целесообразно усилить действие внешних раздражителей, максимально обогатив их и подкрепив различными ситуативными и эмоциональными связями. Психотерапевт, пользуясь любым, даже случайным сосредоточением внимания ребенка на каком-либо предмете, начинает рассказывать об этой вещи, импровизировать о ней сказку, в сюжет которой включен и сам ребенок.

Однако прежде чем включить в ситуацию игры новые раздражители, необходимо выяснить, что ребенку неприятно – свет или яркие краски и т.д., и оградить его от этих воздействий. Как показывают данные О.С. Никольской (1981), необходимо произвести ревизию привычных вещей и игрушек и удалить те из них, которые вызывают отрицательную эмоциональную реакцию либо страхи. Как указывалось, боязнь окружающего, усугубляя аутизацию ребенка, еще более ограничивает его контакты с внешним миром и тем самым возможности развития.

Наконец, обязательным компонентом первого этапа игротерапии должно быть формирование у больного ребенка уверенности в своих силах и возможностях. Появление чувства уверенности в своих силах, уменьшая его общую боязливость и значительно повышая эмоциональный фон, способствует расширению общения, интересов и активности. Большое значение для выработки чувства определенной уверенности в своих силах имеет умение игротерапевта начать с того уровня и той формы контакта, которые сначала доступны больному ребенку. Это важно не только для возможности осуществления самой игры. Через сюжеты игры психотерапевт постепенно прививает ребенку чувство, что неудачи его поправимы, страхи напрасны, а дефекты компенсируются массой достоинств (О.С. Никольская, 1981).

Конечной целью первого этапа игротерапии является побуждение собственной активности ребенка. Появление собственной активности, как правило, сопровождается улучшением моторики, уменьшением мутизма. Правила игры начинают абстрагироваться от узкой ситуации и узкого круга ее участников.

Появление собственной активности ребенка знаменует переход ко второму этапу психотерапии, на котором тактика игротерапевта коренным образом меняется. Его обязанностью становится всемерное стимулирование ребенка к самостоятельной деятельности. При снятии аутистических реакций обнаруживается, что активность этих детей проявляется преимущественно в нецеленаправленном генерализированном возбуждении. Для снятия этих явлений используются музыка, пение, которые не только вызывают положительные эмоциональные состояния, но благодаря выраженному ритмическому компоненту дисциплинируют активность ребенка.

Другой существенной трудностью организации целенаправленного поведения является быстрая пресыщаемость: предметы, вызывавшие вначале интерес, очень быстро, иногда через несколько секунд, не только перестают интересовать, но и вызывают отрицательные эмоции. Такая пресыщаемость связана не только с наблюдаемой у этих детей быстрой сменой положительных эмоций на отрицательные, но также, по мнению О.С. Никольской (1981), с отсутствием готовых форм взаимодействия с окружающим.

Такую же двойственную природу имеют и агрессивные проявления этих детей. Они могут возникать как результат страхов, негативного отношения к окружающему. В то же время агрессивные реакции могут представлять собой примитивную попытку контакта с окружающим, т.е. быть следствием отсутствия у больного ребенка готовых форм взаимодействия. Таким образом, агрессивные явления неоднозначны, и если в одних случаях их нужно корригировать, то в других они являются необходимым этапом адаптации к окружающему.

В процессе развития целенаправленных форм поведения большую роль играет выработка у аутичного ребенка разнообразных стереотипов поведения. Использование уже имеющихся стереотипов, обогащение и наполнение их смыслом облегчают возможность взаимодействия ребенка с окружающими и создают благоприятные предпосылки для развития его спонтанной активности. Ее появление в свою очередь создает возможности для формирования сложных двигательных навыков, снятия речевых трудностей, способствует направленному развитию речи, создает предпосылки для пропедевтики школьного обучения.

Успех социальной адаптации аутичного ребенка связан с возможностью координации действий родителей, врача, психолога и педагога. В связи с этим необходимо рассмотреть, как строится взаимодействие между специалистами и как они сотрудничают с семьей аутичного ребенка.

Задачи врача-психиатра и функции психолога в работе с аутичными детьми состоят в том, что психолог, как правило, привлекается врачом к диагностической работе. Результаты психологического обследования используются врачом при формулировании диагноза. Однако когда психолог активно включается в процесс коррекционной работы и выступает в нем как партнер врача, взаимодействия их становятся более эффективными.

В коррекционной работе врач и психолог взаимно дополняют друг друга, осуществляя различный подход к решению поставленной задачи. Врач, диагностируя заболевание, характеризуя состояние ребенка, определяя прогноз, исходит из логики течения болезни. В коррекционной работе, связанной прежде всего с медикаментозной терапией, он стремится купировать болезненные симптомы и стимулировать психическую активность ребенка.

Психолог же оценивает состояние ребенка, исходя прежде всего из модели нормального психического развития, и, таким образом, определяет степень и тип психического дизонтогенеза – отклонений в развитии, складывающихся под влиянием болезненного процесса либо его последствий. В коррекционной работе психолог стремится не только устранить патологические проявления, но и, опираясь на сохранные психические функции, особенности аутичного ребенка, найти возможность его социального развития.

По мере устранения психогенных наслоений, связанных с осознанием ребенком своей неполноценности, установления эмоционального режима, оптимального для психического развития данного аутичного ребенка, работа психолога все более согласуется с задачами и логикой педагогического процесса.

Педагог ставит перед психологом конкретные задачи по коррекции поведения ребенка. Особые трудности поведения и интеллектуальной деятельности детей, выявляемые на учебном занятии, становятся предметом специальной работы психолога. В этом случае психологическая коррекция аналогично медикаментозной терапии становится средством расторможенности, уменьшения проявлений агрессии и страхов.

Психолог может участвовать и в самих педагогических занятиях – в особой роли партнера по обучению. В этой роли психолог демонстрирует ребенку наглядные формы правильного поведения. В случае интеллектуальных трудностей ребенка для поддержания его уверенности в себе психолог может выступить и в роли соученика, «не понимающего задания». В этих случаях ребенок охотно начинает объяснять психологу решение задачи, тем самым уясняя суть вопроса и себе. Происходит как эмоциональная, так и интеллектуальная активация ребенка.

Психолог, в свою очередь, использует достижения педагога для обогащения содержания собственных занятий и форм контакта с ребенком.

Установление взаимопонимания и тесного контакта с родителями является необходимым условием психолого-педагогической коррекции. Во-первых, это психотерапия родителей, большей частью находящихся в хронически угнетенном настроении в связи с психической неполноценностью ребенка. Во-вторых, психолог, обсуждая трудности поведения ребенка, может подсказать родителям, как избежать конфликтов. Профилактика таких болезненных и для ребенка, и для родителей ситуаций, создание определенного щадящего и в то же время эмоционально-тонизирующего, организующего ребенка режима, позволяют уменьшить его аутистические тенденции, сделать его податливым педагогическим воздействиям в семье.

Как видим, психологу принадлежит ведущая роль в обучении родителей особым приемам воспитания аутичного ребенка дошкольного возраста, начиная от способов налаживания контакта и кончая формированием целенаправленного поведения.

Не каждого аутичного ребенка можно подготовить к обучению в массовой или вспомогательной школе, но и в случаях, когда он остается в пределах дома, труд врача, психолога, педагога и родителей будет вознагражден тем, что ребенок станет ровнее в поведении, более управляем; у него разовьется интерес к какой-либо деятельности, которая заменит бесцельное времяпрепровождение и сделает его поведение более целенаправленным, эмоционально насыщенным и контактным.

**Список литературы**

1. Осипова А.А. «Общая психокоррекция» Учебное пособие, М: СФЕРА, 2002г,510 с.
2. Мамайчук И.И. «Помощь психолога детям с аутизмом»

СПб: Речь, 2007, 288 с.