Московский психолого-социальный институт

Курсовая работа

Тема: “Ранний детский аутизм”

Выполнила:

Студентка 5 курса

Группы 97ОКЛ-5/01

Обакомова С.Е.

Научный руководитель:

к.п.н. Зверева Н.В.

МОСКВА 2002

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.

По данным психиатров Германии, США, Японии частота встречаемости РДА исчисляется от 4 до 26 случаев 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.

##### Исторический аспект проблемы РДА:

Можно назвать 4 основных этапа в становлении этой проблемы:

донозологический период конца 19 - начала 20 веков характеризуется отдельными упоминаниями о детях со стремлением к уходам и одиночеству. Понятие “синдром раннего детского аутизма” ввел в обиход американец Л. Каннер, который в 1943 году в собственной клинике наблюдал 11 сходных между собой случаев. Благодаря его последователям — австрийцу Г.Аспергеру и нашему соотечественнику С.Мнухину — сегодня мы располагаем обширными знаниями об этой болезни.

1. так называемый доканнеровский период, приходящийся на 20— 40 годы нашего столетия, отличает постановка вопросов о возможности выявления у детей шизоидии (Сухарева Г.Е., 1927, Симеон Т.П., 1929 и др.), а также о сущности "пустого" аутизма по Lulz J. (1937).
2. каннеровский период (43-70 гг.) ознаменован выходом в свет кардинальных работ по аутизму, как самого L. Kanner (1943), так и Н. Asperger (1944), а позднее и бесконечного множества других специалистов. В своей первой работе L. Kanner охарактеризовал РДА, как особое состояние, с нарушениями общения, речи, моторики, которое он отнес к состояниям так называемого "шизофренического" спектра.

В последующие годы РДА рассматривался как конституциональное особое состояни (Rimland (1964), Башина В.М. (1974); как аутистическое, постприступное, после приступа шизофрении (Вроно М.Ш., Башина В.М., (1975), и др. Такие клиницисты, как Arn van Krevelen, 1952, Мнухин С.С. с соавторами, 1967 и мн. др., выдвинули концепцию органического происхождения РДА, согласно которой имело место частичное или полное фенокопирование синдрома РДА. Наконец, ряд исследователей отстаивали полиэтиологичность РДА, связывая его происхождение с органическими, реактивными причинами, последствиями нарушения симбиоза между матерью и ребенком, — нарушениями адаптационных механизмов у незрелой личности (Mahler М., 1952; Nissen G., 1971; Rutter M., 1982 и мн. др). В эти же годы были выявлены аутистические симптомы в клинике больных фенилпировиноградной олигофрении, при X-ломкой хромосоме, синдроме Ретта и др.

1. послеканнеровский период (80 - 90 годы) характеризуется отходом от позиций

самого L. Kanner во взглядах на РДА. РДА стал рассматриваться, как неспецифический синдром разного происхождения.

В России первое описание органического аутизма было представлено в 1967 С.С. Мнухиным с соавторами; описание РДА типа Каннера в 1970, 1974 Г.Н.Пивоваровой и В.М.Башиной, Каганом В.Б. и 1982; РДА в круге постприступной шизофрении в 1975 году М.Ш.Вроно, В.М.Башиной и другими.

Впервые удалось описать наиважнейшую особенность РДА Каннера - особый асинхронный тип задержки развития. Признаки асинхронии развития проявлялись в нарушении иерархии психического, речевого, моторного, эмоционального созревания, нарушении физиологического феномена вытеснения примитивных функций сложными, как это характерно для нормального развития детей, т.е. в синдроме "переслаивания" примитивных функций сложными (Башина В.М., 1979, 1974, 1989).

Выявилась вариантность аутистических синдромов от легких до тяжелых, синдром Каннеровского РДА сближался с РДА процессуального шизофренического происхождения. В установленном феномене асинхронии развития, свойственном РДА Каннера, выступило главное отличи с его от всех других видов нарушенного развития с симптомами аутизма иного происхождения, что важно для диагностики и прогноза РДА, разного происхождения, разного патогенеза.

Таким образом со времени описания РДА в 1943 г. Каннером и вскоре Аспергером можно выделить две его основные 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.

Качественные нарушения социального взаимодействия, необычно интенсивные или ограниченные, стереотипные поведение, интересы и активность (аналогичные проявлениям РДА) выделяются в качестве диагностических критериев синдрома Аспергера, для которого типично отсутствие клинически значимой общей задержки экспрессивной или рецептивной речи или когнитивного развития.

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 также 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.

В связи с принятием в нашей стране Международной классификации болезней 10-го пересмотра, ранний детский аутизм выведен из рубрики психозов, специфичных для детского возраста, и введен в рубрику так называемых первазивных общих расстройств развития.

**КЛАССИФИКАЦИЯ РДА /РАМН, 1987 г./**

.**РАЗНОВИДНОСТИ РДА:**

1.1 синдром раннего инфантильного аутизма Каннера / классический вариант / РДА/;

1.2 аутистическая психопатия Аспергера

1.3. эндогенный, постприступный /вследствие приступов шизофрении аутизм/;

1.4 резидуально-органический вариант аутизма;

1.5. аутизм при хромосомных аберрациях;

1.6 аутизм при синдроме Ретта;

1.7. аутизм неясного генеза.

**ЭТИОЛОГИЯ(РДА):**

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

2.2. экзогенно-органическая,

2.3. в связи с хромосомным аберрациями,

2.4. психогенная,

2.5. неясная.

3**.ПАТОГЕНЕЗ(РДА):**

3.1. наследственно-конституциональный дизонтогенез,

3.2. наследственно-процессуальный дизонтогенез,

3.3. приобретенный-постнатальный дизонтогенез.

Основное ядро аутизма по нашим данным представлено состояниями шизофренического спектра, что составляет около 79%.

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

Патогенетические механизмы раннего детского аутизма остаются недостаточно ясными, сохраняются 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 др.

***ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА:***

Согласно международной классификации болезней (МКБ-10), выделяются следующие диагностические критерии аутизма:

1. **Качественные .нарушения реципрокного взаимодействия**, проявляющиеся минимум в одной из следующих областей:

а) неспособность адекватно использовать для регулирования социального взаимодействия контакт взора, мимическое выражение, жестикуляцию;

б) неспособность к установлению взаимосвязей со сверстниками;

в) отсутствие социо-эмоциональной зависимости, что проявляется нарушенной реакцией на других людей, отсутствие модуляции поведения в соответствии с социальной ситуацией;

г) отсутствие общих интересов или достижений с другими людьми.

2. **Качественные аномалии в общении**, проявляющиеся минимум в одной из следующих областей:

а) задержка или полное отсутствие спонтанной речи, без попыток компенсировать этот недостаток жестикуляцией и мимикой (часто предшествует отсутствие коммуникативного гуления);

б) относительная неспособность начинать или поддерживать беседу (при любом уровне речевого развития);

в) повторяющаяся и стереотипная речь;

г) отсутствие разнообразных спонтанных ролевых игр или (в более младшем возрасте) подражательных игр.

3**. Ограниченные, повторяющиеся и стереотипные поведение, интересы и активность**, что проявляется минимум в одной из следующих областей:

а) поглощенность стереотипными и ограниченными интересами;

б) внешне навязчивая привязанность к специфическим, нефункциональным поступкам или ритуалам;

в) стереотипные и повторяющиеся моторные манеризмы;

г) повышенное внимание к частям предметов или нефункциональным элементам игрушек (к их запаху, осязанию поверхности, издаваемому ими шуму или вибрации).

Детский аутизм, не входящий в спектр шизофренической симптоматики, характеризуется нарушениями всех сфер психики - сенсомоторной, перцептивной, познавательной, речевой и эмоциональной, также ярко выражены нарушения в сфере социального взаимодействия с окружающими.

Согласно МКБ-10 среди нарушений психологического развития выделен детский (типичный) аутизм и атипичный аутизм. Симптоматика детского аутизма проявляется в возрасте до трех лет, тогда как признаки психических нарушений при атипичном аутизме наблюдаются после трех лет.

Эта болезнь поражает не только психические функции (речь, интеллект, мышление), но и патологически отражается на восприятии ребенком целостной картины мира. Основная проблема аутизма заключается в непонимании больным общего смысла событий, происходящих вокруг. Больные не имеют собственного мнения.

Уже в первый год жизни проявляются начальные симптомы аутизма — ребенок не реагирует на удаление и приближение матери, не улыбается, не проявляет видимого интереса к игрушкам. В возрасте 2—3 лет родители отмечают необычность детской речи: эхолалию, перестановку местоимений, наличие штампов и начинают бить тревогу.

В дальнейшем основными критериями болезни являются:

— отсутствие у ребенка стремления к контактам с окружающими;

— отгороженность от внешнего мира;

— слабость эмоциональных реакций;

— недостаточная способность дифференцировать людей, животных, неодушевленные предметы;

— недостаточная реакция на зрительные и слуховые раздражители;

— фобии (в частности, неофобия — боязнь всего нового);

— однообразное поведение, наличие постоянных стереотипных регрессивных движений (постукивание, трясение руками, бег по кругу, разрывание предметов).

Следует отметить, что одним из самых существенных симптомов является, вопреки мнению Каннера, отнюдь не протест этих детей против перемены обстановки, а изначальное очень явное, необычно разительное ослабление инстинктивных или безусловнорефлекторных реакций - ориентировочных, пищевых, самозащиты и др. Отсутствие этих реакций, всегда, как известно, очень четко направленных, делает поведение детей амофорными, хаотичными, дезорганизованными, а их самих - практически беззащитными и беспомощными. Естественно, что такая изначальная, часто врожденная недостаточность безусловнорефлекторного фонда, важнейших стволовых аппаратов, возможно, ретикуляторной формации не может не отразится отрицательно на формировании корковой деятельности. Кора головною мозга у этих детей неплохо, но пассивно регистрирует и запечатлевает все, что случайно попадает в их поле зрения, но утрачивает способность активного, избирательного отношения к явлениям окружающей среды. Отсюда грубые нарушения внимания, склонность "невидящим" взглядом скользить без интереса по окружающим лицам и предметам, бесцельные движения, длительная неспособность овладеть навыками самообслуживания и главное - длительная задержка формирования самосознания, комплекса "Я", что сказывается в склонности говорить о себе в третьем лице, в подражательности речи и действий и др. Важно еще раз подчеркнуть, что при настойчивой стимуляции удается заставить этих детей "собраться", "мобилизоваться" и дать более или менее правильные ответы на вопросы или проявить более или менее адекватные эмоциональные реакции. Вполне вероятно, что в коре головного мозга этих детей на фоне экспериментально установленного преобладания тормозного процесса имеются гинноидные фазы - парадоксальная и ультрапарадоксальная (Мнухин С.С., Зеленецкая А.Е., Исаев Д.Н.). По-видимому, в связи с этим малодейственны любые сильные раздражители реальной обстановки и весьма активны следы прошлых впечатлений и восприятии, имитирующие "отгороженность", "аутизм" и др.

**Нозологическая принадлежность и генез РДА.**

Следует в первую очередь отклонить утверждение о психогенном его происхождении. "Детский аутизм" - патологическое явление и прогностически настолько неблагоприятное страдание, что объяснять его патологией личности родителей, отсутствием контактов между родителями и ребенком, отрицательными воспитательными влияниями, распадом семьи и т. п. невозможно. Не соответствуют действительности и утверждения, что больные эти будто бы поправляются под влиянием психотерапии или при улучшении их положения в семье и т. п.

Высказывается мнение, что "ранний детский аутизм" является самостоятельным, главным образом наследственным психическим расстройством либо психозом, сочетающимся с олигофренией. Такой взгляд обосновывается следующими доводами: 1) "ранний детский аутизм" встречается у мальчиков в 3—4 раза чаще, чем у девочек; 2) все наблюдавшиеся близнецы с "ранним аутизмом" были однояйцевыми; 3) возможна имитация аутизма у детей, перенесших органическое поражение головного мозга (асфиксию, энцефалит); 4) симптоматология аутизма единообразна и характерна, проявляется с момента рождения.

трудно отличимые от навязчивых ритуалов.

**Дифференциальный диагноз.**

Наряду с болезнью Каннера как ядерной формой РДА выделяются синдром раннего детского аутизма при шизофренни, синдром Аспенгера , органический (или соматическии) вариант - РДА, а также психогенный РДА.

Психопатологические особенности раннего детского аутизма при шизофрении связаны прежде всего с тем, что основу отгороженности от внешнего мира и слабости контакта с окружающими в отличие от истинного непроцессуального РДА составляют диссоциация психических процессов, стирание границ между субъективным и объективным, погружение в мир внутренних болезненных переживании, патологических фантазий, рудиментарных бредовых образований, галлюцинаторных и псевдогаллюцинаторных, а также других продуктивных психопатологических феноменов [Блейлер, 1927; Семенов С. Ф., 1975;], а не отсутствие потребности в контактах и слабость эмоционального резонанса, обусловленные недостаточностью сферы инстинктов. В связи с этим поведение детей с процессуальным синдромом РДА отличается причудливостью, вычурностью, диссоциированностыо. Так, при общей отгороженности, малой контактности и эмоциональной невыразительности в общении с близкими дети могут быть общительными разговорчивыми, необычно доверчивыми к незнакомым людям (садятся к ним на колени, отвечают на вопросы, берут предложенные лакомства” и т.п.). Безразличное или даже враждебное отношение к близким может сочетаться с непонятной привязанностью к соседям и незнакомым людям (“аутизм Наизнанку”).

В высказываниях детей нередко проявляются вычурность, паралогичность и разорванность мышления. Однообразное, вялое поведение может временами прорываться немотивированными агрессивными поступками, разрушением предметов, игрушек.

Такое сочетание аутизма с диссоциированным поведением В. Е. Каган (1981) называет “диссоциативным аутизмом”. Однако чаще процессуальный (шизофренический) РДА связан с продуктивной психо-патологической симптоматикой. В этих случаях дети избегают контактов в связи с разнообразными страхами, часто рудиментано-бредовыми , а главным образом в связи с уходом в мир фантазий, игровым перевоплощением (в животных, машину) как проявлением деперсонализации, отвлеченном от реальности псевдогаллюцинарными переживаниями, состояниями кататонического субступора и депрессии. Подобные варианты процессуального аутизма В. Е. Каган (1981) называет “продуктивным аутизмом”.

Важными диагностическими признаками процессуального РДА являются хотя бы кратковременный период нормального психического развития, предшествующий возникновению аутизма, а также признаки прогредиентности в виде нарастания психического дефекта (углубление вялости, аспонтанности, эмоционального снижения, распад речи, регресс поведения с утратой ранее приобретенных навыков).

Среди непроцессуальных, т.е. чисто дизонтогенетических, форм РДА более клинически очерчены синдромы Каннера и Аспергера. Их клинические проявления в раннем и преддошколыюм возрасте весьма близки. Вместе с тем уже в указанных возрастных периодах они имеют ряд отличии. Так, признаки РДА при синдроме Каннера выявляются уже на 1-м году жизни, тогда как при синдроме Аспергера они обнаруживаются на 2-3-м году. Дети с синдромом Аспергера начинают говорить раньше, чем ходить. Интеллектуальное развитие при синдроме Аспергера нормальное или выше нормы. Речь при этом синдроме всегда является средством общения. Синдром Аспергера встречается исключительно у мальчиков.

Прогноз синдромов различен: типичный синдром Аспергера с возрастом становится основой шизоидной психопатии с удовлетворительной социальной адаптацией. В случае синдрома Каннера, чаще наблюдается исход и атипичную умственную отсталость.

Симптоматика “органического” или “соматогенного” РДА малоспецифична. Синдром РДА в этих случаях связывают с последствиями раннего органического поражения головного мозга. Он сочетается с теми или иными проявлениями психоорганического синдрома: психической инертностью, невысоким уровнем памяти, моторной недостаточностью. Кроме того, отмечаются рассеянная неврологическая симптоматика, признаки гидроцефалии, изменения на ЭЭГ по органическому типу, эпизодические судорожные припадки. Как правило, имеется более или менее выраженное отставание в интеллектуальном и речевом развитии.

“Психогенный” РДА, по данным западноевропейских психиатров , возникает преимущественно у детей раннего возраста (до 3- 4 лет) в связи с эмоциональным депривацией, чаще обусловленной отрывом от матери и другого близкого лица. Он характеризуется нарушением контакта с окружающими, эмоциональной индифферентностью, пассивностью, безучастностью, отсутствием дифференцированных эмоций, задержкой развития речи и психомоторики.

В отличие от других вариантов РДА “психогенный аутизм” подвергается быстрому обратному развитию при нормализации условий воспитания. Однако при пребывании ребенка в неблагоприятных условиях воспитания в течение первых 3 лет жизни аутистическое поведение и нарушения психического и речевого развития могут становиться устойчивыми и трудно отличимыми от других вариантов РДА.

# *Аффективное развитие ребенка в возрасте от 0 до 1,5 лет*

# Нижеследующее исследование раскрывает развитие аффективных механизмов взаимодействия ребенка и окружающего мира, в котором центральное место занимает, мать или другой близкий ребенку взрослый человек.

В основу этого подхода (В.В.Лебединский, О.С.Никольская, Е.Р.Баенская, М.М.Либлинг, 1990) положено представление о том, **что исходная биологическая дефицитарность аутичного ребенка определяет прежде всего нарушение развития его аффективной сферы, что влечет за собой не только нарушение развития коммуникации, социального взаимодействия, но и искажение развития психических функций: сенсомоторной, речевой, когнитивной**. Именно на этом примере наиболее очевидно проявляется единство когнитивного и аффективного развития, о котором говорил Л.С.Выготский.

Наряду с общими закономерностями аутистического дизонтогенеза выделяют четыре его варианта, отличающиеся прежде всего степенью и характером аффективной дезадаптации, которой закономерно соответствуют разные по тяжести варианты нарушения когнитивного развития.

Логика аффективного развития обусловлена той последовательной сменой важнейших адаптационных задач, которые встают перед ребенком в процессе онтогенеза.

**Первой** такой **витально важной задачей** становится взаимное приспособление младенца и матери друг к другу в обычных ситуациях взаимодействия во время кормления ребенка, пеленания, купания, укладывания спать и т.п. Эти ситуации повторяются изо дня в день, и младенец вырабатывает в них первые аффективные стереотипы поведения, первые индивидуальные привычки отношений. Так происходит адаптация к достаточно однообразным, стабильным условиям окружения. Мать является организатором и постоянной посредницей удовлетворения абсолютно всех витальных потребностей ребенка: в сытости, тепле, тактильном контакте, комфорте, общении.

Эти ранние стабильные формы взаимодействия со средой через мать, развиваются, совершенствуются ребенком в течение всего первого года жизни, его аффективные стереотипы расширяются, наполняются новым содержанием. Уже с трех месяцев взрослый становится для ребенка аффективным центром любой ситуации. И если в течение первых двух месяцев жизни активные аффективные проявления ребенка носят в основном негативный характер – их приспособительный смысл состоит в сигнальном воздействии на взрослого, в призыве удовлетворить насущные потребности, устранить неприятное, то завершение этих месяцев в норме характеризуется возникновением равновесия в выражении положительных и отрицательных эмоций.

Взаимодействие ребенка с матерью все больше начинает определяться положительными эмоциями, на первый план выходит потребность в общении, внимании взрослого, поддержке, эмоциональном тонизировании. Начинает развиваться новый класс индивидуальных аффективных стереотипов ребенка, новые способы установления и поддержания коммуникации, непосредственного эмоционального общения. **Ребенок развивает эти индивидуальные способы коммуникации через усвоение ритуалов эмоционального взаимодействия со взрослым, стереотипов ранних игр**.

К 5-6 мес. Ребенок уже распознает основные проявления эмоций своих близких и вслед за этим начинает их выражать дифференцированно и адекватно. Формируется и обратная связь – ребенок постепенно начинает учитывать реакцию взрослого на свои действия.

Дифференцированная разработка основных бытовых стереотипов, растущая ориентация на реакции матери приводят к тому, что в период 7-8 мес. Ребенок приобретает значительно большую аффективную стабильность в контактах с миром. Он уже не так зависит от изменения отдельных деталей в стереотипах бытовых процедур, особенно, если мама при этом ведет себя уверенно и спокойно; мама может “уговорить” ребенка чуть подождать, потерпеть, занять его игрушкой в условиях дискомфорта.

Теперь наиболее характерной является тревога при уходе матери – центра его аффективной адаптации к миру. Результатом разработки стереотипа индивидуальных отношений с близкими является и характерный для ребенка 8 мес. Страх чужого лица.

В это время ситуации жизни младенца меняется и ставит перед ним новые важные задачи адаптации А.Валлон характеризует этот возраст тем, что “новое” начинает меньше пугать и больше доставлять удовольствие**. Возникает и потребность, и возможность развития новых аффективных механизмов адаптации к меняющемуся, неопределенному миру, возможность аффективной экспансии окружающего**. Это механизмы, которые и возьмут на себя ответственность за сохранение уверенности в себе, конструктивности в условиях нарушения привычной стабильности в отношениях с миром.

С приобретением навыков самостоятельного передвижения в пространстве, а также с развитием речи начинается новый этап взаимодействия ребенка со средой. Увеличивается доля опосредованного контакта взрослого с ребенком через вещи, игрушки, слово, жесты, позволяющие объединить внимание на каком-то общем действии, общей цели, общем объекте интереса.

В это время происходит временная дезадаптация сложившейся системы стабильных отношений ребенка с миром через близкого человека. Взрослый перестает справляться, потому что в эту уже отлаженную систему начинают встраиваться еще незрелые механизмы, ответственные за индивидуальную адаптацию ребенка к динамичной, изменчивой среде. В это время возникает “кризис первого года”, который Л.С.Выготский определял как переломный момент развития**. Взрослый перестает быть непременным условием адаптации ребенка, ребенок временами теряет его как основной аффективный ориентир.**

Мать постепенно обучает ребенка приемам самоорганизации, в которых, как считает Л.С.Выготский, основным является использование речи для планирования поведения.

Все эти свидетельства временной дезадаптации тем не менее отражают закономерную динамику развития отношений ребенка с миром, и их отсутствие тоже может свидетельствовать о нарушении его правильного хода.

***Особенности развития аутичного ребенка .***

Раннее развитие аутичного ребенка в целом укладывается в примерные сроки нормы; вместе с тем существует два варианта общего своеобразного фона, на котором происходит развитие**. В первом случае у такого ребенка с самого начала могут проявляться признаки слабости психического тонуса, вялости, малой активности в контактах со средой, невыраженность проявлений даже витальных потребностей** (ребенок может не просить есть, терпеть мокрые пеленки). При этом он может есть с удовольствием, любить комфорт, но не настолько, чтобы активно требовать его, отстаивать удобную для себя форму контакта; инициативу во всем он предоставляет матери.

И позже такой ребенок не стремится активно исследовать среду. Часто родители описывают таких детей как очень спокойных, “идеальных”, удобных. Они могут оставаться одни, не требуя постоянного внимания/

**В других случаях дети, напротив, уже в самом раннем возрасте отличаются особой возбудимостью, двигательным беспокойством, трудностями засыпания, особой** **избирательностью в еде.** К ним трудно приспособиться, у них могут вырабатываться особые привычки укладывания спать, кормления, процедур ухода. Свое недовольство они могут выражать так резко, что становятся диктаторами в разработке первых аффективных стереотипов контакта с миром, единолично определяя, что и как надо делать.

Такого ребенка трудно удержать на руках или в коляске. Возбуждение обычно возрастает к году. Когда такой ребенок начинает самостоятельно передвигаться, он становится абсолютно неуправляемым: бежит без оглядки, ведет себя абсолютно без “чувства края**”. Активность такого ребенка, однако, носит полевой характер и никак не связана с направленным обследованием среды.**

Вместе с тем и родители пассивных, подчиняемых, и родители возбужденных, трудно организуемых детей часто отмечали тревожность, пугливость, легкое возникновение у детей состояния сенсорного дискомфорта. Многие родители сообщают, что их дети были особенно чувствительны к громким звукам, не переносили бытовых шумов обычной интенсивности, наблюдалась нелюбовь к тактильному контакту, характерная брезгливость при кормлении; в ряде случаев отмечалось неприятие ярких игрушек. Неприятные впечатления во многих случаях надолго фиксировались в аффективной памяти ребенка.

Необычная реакция на сенсорные впечатления проявлялась и в другом. При стремлении ограничить сенсорный контакт с миром, при недостаточной направленности на обследование окружающего отмечалась **захваченность, очарованность ребенка определенными стереотипными впечатлениями** – зрительными, тактильными, слуховыми, вестибулярными, проприоцептивными. Получив эти впечатления однажды, ребенок вновь и вновь стремился к их воспроизведению. Лишь после длительного периода увлечения одним впечатлением его сменяло пристрастие к другому.

Характерна трудность отвлечения ребенка от подобных впечатлений, так, девятимесячный ребенок до полного изнеможения растягивает эспандер, другой ребенок засыпает над конструктором.

Захваченность ритмическими повторяющимися впечатлениями вообще характерна для раннего возраста. До года закономерно доминирование в поведении “циркулирующих реакций”, когда ребенок повторяет одни и те же действия ради воспроизведения эффекта – стучит игрушкой, прыгает, закрывает и открывает дверь. Ребенок с нормальным развитием с удовольствием включает взрослого в свою активность

**В случае раннего детского аутизма близкому практически не удается включиться в** **действия, поглощающие ребенка.** Особые сенсорные увлечения начинают отгораживать его от взаимодействия с близкими, а значит от развития и усложнения взаимодействия с окружающим миром.

***Истоки проблем формирования связи аутичного ребенка с матерью:***

Нормальный ребенок склонен развиваться социально практически с самого рождения. У младенца очень рано обнаруживается избирательный интерес к социальным стимулам: человеческому голосу, лицу. Уже в первый месяц жизни ребенок может проводить значительную часть бодрствования в глазном контакте с матерью Именно контакт через взгляд несет функцию запуска и регуляции процесса общения.

Многие матери аутичных детей рассказывают о том, что их ребенок не фиксировал взгляда на лице взрослого, смотрел мимо, "сквозь".

Клинические наблюдения и исследования более старших аутичных детей показали, что человек, его лицо является самым притягательным объектом и для аутичного ребенка, но он не может надолго остановить на нем свое внимание, взгляд как бы колеблется, это и желание приблизится, и желание уйти.

Контакт со взрослым привлекателен для аутичного ребенка, но социальная стимуляция не попадает в диапазон его комфорта ( G.Dawson, 1987).

Первая улыбка, по сообщению родителей, появлялась у такого ребенка вовремя, однако она не была адресована взрослому и возникала как реакция и на приближение взрослого, и на ряд приятных ребенку впечатлений (тормошение, звук погремушки, пестрая одежда матери и т.д.). Явное "заражение улыбкой" наблюдалось лишь у части детей (по данным F.Volkmar - в трети наблюдаемых случаев).

**Наряду с нарушением развития первых стереотипов бытового взаимодействия нарушается становление стереотипов эмоционального контакта.**

Если в норме к 3 мес. появляется устойчивый "комплекс оживления" - предвосхищение ребенком ситуации контакта, в котором он становится его активным инициатором, требующим внимания, эмоциональной активности взрослого, младенец принимает антиципирующую позу, протягивает ручки по направлению ко взрослому, то подобные проявления не характерны для маленьких аутичных детей. На руках матери многие из них чувствуют себя дискомфортно: они не принимают позу готовности, ощущается безразличие ребенка, или его напряжение, или даже сопротивление.

Способность дифференцировать выражение лица, интонации обычно возникает при нормальном развитии между 5 и 6 мес. (Существуют экспериментальные данные (Field,1982), свидетельствующие о наличии такой способности и у новорожденного.) Аутичные дети хуже различают выражение лица близких и даже могут неадекватно реагировать на улыбку или на грустное выражение лица матери.

Таким образом, **в первое полугодие жизни у аутичного ребенка наблюдаются нарушения в развитии начальной фазы коммуникативных навыков, основным содержанием которой является налаживание возможности обмена эмоциями, выработка общих эмоциональных смыслов каждодневных ситуаций** (Adamson, Bakeman, 1982).

К концу первого - началу второго полугодия жизни у ребенка, развивающегося нормально, имеется четкая дифференциация "своих" и "чужих", и среди "своих" наибольшая привязанность возникает к матери как основному ухаживающему лицу или заменяющему ее человеку, что говорит о достаточной разработанности индивидуальных стереотипов эмоционального общения.

По данным историй развития, многие из аутичных детей во втором полугодии жизни все же выделяют близкого. По результатам эксперимента M.Sigman и ее коллеги заключают, что привязанность формируется, поскольку аутичный младенец дает реакцию на отделение от матери так же, как и другие дети.

Привязанность аутичного ребенка проявляется, однако, чаще всего лишь как негативное переживание отделения от матери. В положительных эмоциях привязанность, как правило, не выражается. Ребенок, правда, может радоваться, когда близкие тормошат, развлекают его, однако эта радость не адресована близкому, ребенок не стремится разделить ее с ним.

**Такая привязанность имеет характер скорее примитивной симбиотической связи ребенка с матерью, когда мать воспринимается только как основное условие выживания**

Недостаточность развития эмоциональной связи, разработки индивидуальных стереотипов коммуникации с близкими проявляется и в характерном для многих аутичных детей отсутствии наблюдаемого в норме к концу первого года жизни "страха чужого". Такие дети могут с одинаковым безразличием идти на руки и к близким, и к чужим, незнакомым людям.

К концу первого года у нормального ребенка обычно складываются дифференцированные стереотипы отношений с разными членами семьи, со своими и незнакомыми людьми. У аутичных детей симбиотическая привязанность к одному лицу обычно возрастает и сопровождается с трудностями контакта с другими близкими.

После полугода в норме, благодаря развитию стереотипов, ритуалов общения, игр, во взаимодействиях ребенка со взрослым появляется возможность взаимного сосредоточения внимания не только друг на друге, но и на внешних объектах. Через некоторое время ребенок сам начинает использовать указательный жест, вокализацию не только как ответ, но и как активное привлечение внимания матери к интересующему его событию или к объекту. P. Mundy и M.Sigman (22) считают **неспособность к объединению внимания, к общему сосредоточению на объекте одним из наиболее ранних явных проявлений детского аутизма.**

Нарушения активности, сенсорная ранимость, недостаточность развития аффективных стереотипов взаимодействия, эмоционального контакта - все это толкает ребенка **на поиски дополнительной аутостимуляции**, ведет к развитию гиперкомпенсаторных механизмов, позволяющих ребенку заглушить, уменьшить ощущение аффективного дискомфорта. На доступном ему уровне он разрабатывает изощренные способы аутостимуляции стенических аффективных состояний. Одержимое стремление аутичных детей к постоянному воспроизведению одних и тех же стереотипных действий, вызывающих приятные ему ощущения, вносит большой вклад в развитие их однообразного поведения. Эти гиперкомпенсаторные действия, доставляя временное облегчение, только усиливают общую дезадаптацию ребенка.

В норме к полутора годам появляются признаки истинной имитации, подражания, которые выражаются в отсроченном воспроизведении ребенком характерных для его близких интонаций, жестов, манеры поведения. У аутичного ребенка развитие этих форм надолго задерживает

Подобное тяжелое повреждение аффективного развития обусловливает и формирование особого искажения интеллектуального и речевого развития ребенка.

Недоразвитие аффективных механизмов избирательного и произвольного сосредоточения становится непреодолимым препятствием для развития высших психических функций. В этих условиях даже при самых высоких предпосылках интеллектуального развития аутичный ребенок не может когнитивно осваивать среду. Его развитие здесь как бы меняет свое направление и идет преимущественно в русле аффективного освоения впечатлений для нужд гиперкомпенсаторной аутостимуляции. Такой ребенок осваивает способы получения определенных стереотипных моторных, сенсорных, речевых и даже интеллектуальных впечатлений. 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.

***Психологическая модель РДА:***

### Особенности развития речи

Использование вокализации с целью общения начинается задолго до того, как ребенок становится способным произносить слова. В норме выделяются следующие стадии прелингвистического развития:

1) 0-1 мес. Недифференцированный плач. Первая реакция на окружающую среду, результат тотального телесного ответа;

2) 1-5,6 мес. Дифференцированный плач. Голодный плач, плач, связанный с болью в животе и т.д.;

1) 3-6,7 мес. Гуление. Стадия вокальной игры. Ребенок и слушает звуки вокруг него и продуцирует их сам. Однако спектрографический анализ этих звуков показал, что они объективно отличаются от звуков взрослой речи, даже когда мать пытается имитировать гуление ребенка;

4) 6-12 мес. Лепет, повторение слышимых звуков, слогов;

5) 9-10 мес. Эхолалии. Повторение звуков, которые ребенок слышит. Отличие от лепета в том, что ребенок повторяет то, что непосредственно слышит от другого индивида.

Для раннего развития при аутизме характерны следующие особенности прелингвистического развития: плач тяжело интерпретировать, гуление ограничено или необычно (скорее напоминает визг или крик), отсутствует имитация звуков.

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", "скучная", "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. Кроме того, следует подчеркнуть, что отклонения от нормального онтогенеза наблюдаются уже на стадии прелингвистического развития. Спектр речевых расстройств варьирует от полного мутизма до опережающего (по сравнению с нормой) развития.

### 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 рядя 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.

### Особенности восприятия (Лебединская К.С., Никольская О.С.)

#### 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, двиганий 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. Гиперпатическая отрицательная реакция на музыку.

#### 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.

Гиперсинзетивность 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.

### МОТОРИКА

Нарушение мышечного тонуса на первом году жизни. Гипертонус. Гипотонус. Время выявления, проявления. Длительность и эффективность применения массажа.

Моторный облик: двигательная заторможенность, вялость или рас-торможенность, возбудимость.

Медлительность, угловатость, порывистость, марионеточность движений. Неуклюжесть, мешковатость. Необычные фациозность, плавность движений, ловкость при лазанье, балансировании.

Задержка в формировании навыка жевания.

Слабость реакции на помощь взрослого при формировании навыков сидения, ползания, вставания.

Задержка в развитии ходьбы (длительный интервал между ползанием и началом ходьбы). "Внезапность" перехода к ходьбе. Активность в ходьбе. Страх ходьбы. Начало бега одновременно с началом ходьбы.

Особенности бега: импульсивность, особый ритм, стереотипное пе-ремежение в застываниями. Бег с широко расставленными руками, на цыпочках. Особенности походки: "деревянность" (на негнущихся ногах), порывистость, некоординированность, по типу "заводной игрушки" и т. д.

Разница моторной ловкости в привычной обстановке и вне ее.

Двигательные стереотипии: раскачивания в колыбели, однообразные повороты головы. Ритмические сгибания и разгибания пальцев рук. Упорное, длительное раскачивание: стенки манежа, на игрушечной лошадке, качалке. Кружение вокруг своей оси. Машущие движения пальцами либо всей кистью. Разряды прыжков и т. д. Вычурный рисунок двигательных стереотипий.

Отсутствие указательных жестов, движений головой, означающих либо отрицание, либо утверждение, жестов приветствия или прощания.

Затруднения в имитации движений взрослого. Сопротивление в принятии помощи при обучении двигательным навыкам.

Мимика (в том числе по фотографиям в данном возрасте). Гипоми-мичность: бедность мимических комплексов (улыбки, испуга, плача и т. д.). Напряженность, 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. Склонность фабулы фантазий, игр, сверценностные 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.

***Различные подходы к проблеме РДА в зарубежных и отечественных психологических школах:***

Впервые описанный Лео Каннером в 1943 г., аутизм продолжает вызывать большой интерес до настоящего времени. Разработано множество психологических теорий, пытающихся объяснить его природу. В некоторых из них основной акцент делается на эмоциональных нарушения, приписывая им ведущую роль в развитии аутистических проявлений.

В рамках **психоанализа** аутизм рассматривается как результат раннего психогенного воздействия, обусловленного безразличным, холодным отношением со стороны матери. Ранний психологический стресс, специфическая патология родительско-детских отношений, по мнению авторов этой концепции, приводят к патологическому развитию личности. Однако результаты многочисленных исследований больных аутизмом, свидетельствовавшие о его связи с органическими и генетическими факторами, а также изучение взаимодействия матерей с детьми, страдающими аутизмом, позволили опровергнуть утверждение о том, что личностные особенности матерей и их негативное отношение к ребенку выступают причиной развития болезни.

Другие концепции, где акцент делается на аффективных расстройствах, можно разбить на 2 группы. Согласно теориям первой группы, причина всех проявлений аутизма - эмоциональные нарушения. По мнению авторов концепций второй группы, аффективные расстройства также определяют взаимодействие с миром у больных аутизмом, однако, сами они производны от специфических когнитивных нарушений.

**-** Наиболее последовательной и детально разработанной концепцией, относящейся к первой группе, мы считаем **теорию В.В. Лебединского, О.С. Никольской, Е.Р. Баенской, М.М. Либлинг**. Согласно этой концепции, биологическая недостаточность создает особые патологические условия, к которым вынужден приспосабливаться аутичный ребенок. С момента рождения наблюдается типичное сочетание двух патогенных факторов:

1. нарушение возможности активно взаимодействовать со средой, что проявляется в сниженном жизненном тонусе;

2.снижение порога аффективного дискомфорта в контактах с миром, проявляющееся в болезненных реакциях на обычные раздражители и повышенной ранимости при контактах с другим человеком. Оба указанных фактора действуют в одном направлении, препятствуя развитию активного взаимодействия со средой и создавая предпосылки для усиления самозащиты. Аутизм, по мнению авторов, развивается не только потому, что ребенок раним и мало вынослив в эмоциональном отношении. Многие проявления аутизма интерпретируются как результат включения защитных и компенсаторных механизмов, позволяющих ребенку устанавливать относительно стабильные, хотя и патологические, взаимоотношения с миром. В рамках данной концепции искажение развития когнитивных функций- это следствие нарушений в аффективной сфере. Особенности формирования моторных процессов, восприятия, речи и. мышления непосредственно связываются с рано возникшими грубыми эмоциональными расстройствами. Выделение четырех уровней аффективной регуляции позволяет авторам объяснить весь спектр проявлений аутизма (уровневый подход).

***Рассмотрим клинико-психологическую классификацию РДА в рамках уровневого подхода:***

**Никольская** выделяет четыре типичные группы раннего детского аутизма (Никольская, 1985; 1987), в каждой из которых аффективная адаптация ребенка будет определяться механизмами одного из четырех уровней. Основными критериями деления избраны характер и степень нарушений взаимодействия с внешней средой и тип самого аутизма.

У детей I группы речь будет идти об отрешенности от внешней среды, II - ее отвержения, III - ее замещения и IV сверхтормозимости ребенка окружающей его средой.

Как показали исследования, аутичные дети этих групп различаются по характеру и степени первичных расстройств, вторичных и третичных дизонтогенетических образований, в том числе гиперкомпенсаторных.

**Дети I группы** с аутистической отрешенностью от окружающего характеризуются наиболее глубокой агрессивной патологией, наиболее тяжелыми нарушениями психического тонуса и произвольной деятельности. Их поведение носит полевой характер и проявляется в постоянной миграции от одного предмета к другому. Эти дети мутичны. Нередко имеется стремление к нечленораздельным, аффективно акцентуированным словосочетаниям. Наиболее тяжелые проявления аутизма: дети не имеют потребности в контактах, не осуществляют даже самого элементарного общения с окружающими, не овладевают навыками социального поведения. Нет и активных форм аффективной защиты от окружающего, стереотипных действий, заглушающих неприятные впечатления извне, стремления к привычному постоянству окружающей среды. Они не только бездеятельны, но и полностью беспомощны, почти или совсем не владеют навыками самообслуживания.

Скорее всего, здесь речь идет о раннем злокачественном непрерывном течении шизофрении ("люцидная кататония"), часто осложненной органическим повреждением мозга.

Дети этой группы имеют наихудший прогноз развития, нуждаются в постоянном уходе и надзоре. Они остаются мутичными, полностью несостоятельными в произвольных действиях. В условиях интенсивной психолого-педагогической коррекции у них могут быть сформированы элементарные навыки самообслуживания; они могут освоить письмо, элементарный счет и даже чтение про себя, но их социальная адаптация затруднена даже в домашних условиях.

**Дети II группы** с аутистическим отверженцем окружающего характеризуются определенной возможностью активной борьбы с тревогой и многочисленными страхами за счет вышеописанной аутостимуляции положительных ощущений при помощи многочисленных стереотипий: двигательных (прыжки, взмахи рук, перебежки и т. д.), сенсорных (самораздражение зрения, слуха, осязания) и т. д. Такие аффективно насыщенные действия, доставляя эмоционально положительно окрашенные ощущения и повышая психологический тонус, заглушают неприятные воздействия извне.

Внешний рисунок их поведения - манерность, стереотипность, импульсивность многочисленных движений, причудливые гримасы и позы, походка, особые интонации речи. Эти дети обычно малодоступны контакту, отвечают односложно или молчат, иногда что-то шепчут. С гримасами либо застывшей мимикой обычно диссоциирует осмысленный взгляд. Спонтанно у них вырабатываются лишь самые простейшие стереотипные реакции на окружающее, стереотипные бытовые навыки, односложные речевые штампы-команды. У них часто наблюдается примитивная, но предельно тесная "симбиотическая" связь с матерью, ежеминутное присутствие которой - непреложное условие их существования.

С точки зрения нозологии и у этой группы детей речь, скорее, идет либо о шизофрении, либо, возможно, биохимической, на настоящем уровне диагностики не определяемой, энзимопатии.

Прогноз на будущее для детей данной группы лучше. При адекватной длительной коррекции они могут быть подготовлены к обучению в школе (чаще - в массовой, реже - во вспомогательной).

**Дети III группы** с аутистическими замещениям окружающего мира характеризуются большей произвольностью в противостоянии своей аффективной патологии, прежде всего страхам. Эти дети имеют более сложные формы аффективной защиты, проявляющиеся в формировании патологических влечений, компенсаторных фантазиях, часто с агрессивной фабулой, спонтанно разыгрываемой ребенком как стихийная психодрама, снимающая пугающие его переживания и страхи. Внешний рисунок их поведения ближе к психопатоподобному. Характерны развернутая речь, более высокий уровень когнитивного развития. Эти дети менее аффективно зависимы от матери, не нуждаются в примитивном тактильном контакте и опеке. Поэтому их эмоциональные связи с близкими недостаточны, низка способность к сопереживанию. При развернутом монологе очень слаб диалог.

Эти дети при активной медико-психолого-педагогической коррекции могут быть подготовлены к обучению в массовой школе.

**Дети IV группы** характеризуются сверхтормозимостью. У них не менее глубок аутистический барьер, меньше патологии аффективной и сенсорной сфер. В их статусе на первом плане - неврозоподобные расстройства: чрезвычайная тормозимость, робость, пугливость, особенно в контактах, чувство собственной несостоятельности, усиливающее социальную дезадаптацию. Значительная часть защитных образований носит не гиперкомпенсаторный, а адекватный, компенсаторный характер, при плохом контакте со сверстниками они активно ищет защиты у близких; сохраняют постоянство среды за счет активного усвоения поведенческих штампов, формирующих образцы правильного социального поведения, стараются быть "хорошими", выполнять требования близких. У них имеется большая зависимость от матери, но это не витальный, а эмоциональный симбиоз с постоянным аффективным "заражением" от нее.

Их психический дизонтогенез приближается, скорее, к своеобразной задержке развития с достаточно спонтанной, значительно менее штампованной речью. Дети именно этой группы часто обнаруживают парциальную одаренность.

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

**-** Ведущая роль эмоциональных нарушений в развитии аутизма подчеркивается и в теории **R. Hobson**. Автор рассматривает аутизм преимущественно как аффективное расстройство с нарушением межличностных отношений. Утверждается, что для аутизма типично врожденное отсутствие способности воспринимать и отвечать на аффективную экспрессию других. Это подтверждается результатами экспериментальных исследований, направленных на изучение способности оценивать эмоциональное выражение лиц. В связи с таким дефицитом ребенок с аутизмом не получает необходимого социального опыта в период раннего детства. Последнее приводит к неполноценности когнитивных структур, необходимых для нормального общения. Таким образом, подчеркивая роль эмоциональных расстройств при аутизме и объясняя ими основные проблемы, возникающие у этих больных, автор тем не менее указывает на первичность специфического когнитивного дефицита.

**-** Коммуникативные проблемы у детей с аутизмом интерпретируются в рамках еще одной концепции, как следствие нарушения способности имитации лицевой экспрессии. Основываясь на том факте, что здоровые новорожденные обладают способностью имитировать видимую мимическую экспрессию, авторы постулируют наличие врожденной супрамодальной схемы тела, объединяющей зрительную и проприоцептивную информацию. Имитируя аффективную экспрессию взрослого, ребенок начинает испытывать те же эмоции. Так возникает "эмоциональное заражение", позволяющее ребенку идентифицировать взрослого, как "нечто похожее на него самого".. Авторы полагают, что при аутизме эта врожденная система имитации повреждена, что и приводит к нарушению взаимодействия с миром.

Рассмотренные выше концепции аутизма в качестве основной причины нарушений развития видят эмоциональные расстройства, независимо от того, являются ли они первичными или производными от когнитивного дефицита. **Согласно другим теориям, нарушение именно когнитивной сферы и есть источник отклонений у подобных больных.**

**-** Одна из наиболее известных концепций такого рода - **теория U. Frith** Основанием для ее создания послужили результаты экспериментальных исследований и наблюдений, которые обнаружили не только снижение возможностей, но и специфические способности у больных аутизмом (например, высокие показатели при запоминании слов, не связанных по смыслу, умение воспроизводить бессмысленные звукосочетания, умение узнавать перевернутые и зашумленные изображения, выделять второстепенные признаки при классификации лиц). В то же время больные аутизмом затрудняются при выполнении тестов на запоминание предложений, на классификацию лиц по эмоциональному выражению, на узнавание правильно ориентированных изображений и т.д. U. Frith предположила, что аутизм характеризуется специфическим дисбалансом в интеграции информации. По мнению автора нормальный процесс переработки информации заключается в тенденции сводить разрозненную информацию в единую картину, связанную общим контекстом или "центральной связью" ("central coherence"). Она считает, что при аутизме нарушается именно это универсальное свойство процесса переработки информации человеком. В то время, как нормальные субъекты интерпретируют информацию, исходя из контекста, в котором предъявлены стимулы, больные аутизмом свободны от такого "контекстуального принуждения".

В последнее время исключительную популярность приобрела еще одна теория аутизма, получившая **название "The theory of mind". Её создатели U. Frith, A, Leslie, S. Baron-Cohen** утверждают, что триада поведенческих нарушений при аутизме обусловлена повреждением фундаментальной человеческой способности понимать намерения других людей ("mind-read"). Здоровые дети приблизительно в возрасте 4 лет начинают понимать, что люди имеют убеждения и желания ("ментальные состояния"), и что именно они детерминируют поведение. По мнению авторов, у людей с аутизмом эта способность отсутствует, что приводит к нарушению развития воображения и формирования коммуникативных и социальных навыков. Иметь теорию намерений ("The theory of mind") означает быть способным приписывать независимые ментальные состояния себе и другим. Именно такая способность позволяет объяснять и прогнозировать поведение. Предполагается, что существует некоторый врожденный когнитивный механизм, обеспечивающий формирование особого типа представлений, а именно представлений о ментальных состояниях. Авторами концепции была разработана целая батарея тестов, с помощью которой удалось показать, что большинство больных аутизмом несостоятельны в понимании желаний, намерений, знаний и т.д. др. людей.

Таким образом, **большинство современных исследователей указывают на первичный когнитивный дефицит у больных аутизмом**. Несомненно, создание теории аутизма представляет большие трудности. Это связано прежде всего с тем, что данное состояние включает в себя спектр симптомов, отражающих и дефицит, и особые способности этих больных. Полноценная концепция с необходимостью должна непротиворечиво объяснять и то, и другое, а также указать первичную причину, лежащую в основе своеобразия развития. Кроме того, поскольку практически все исследователи аутизма признают, что в основе болезни лежит нарушение центральной нервной системы, логично предположить, что у этих больных может быть обнаружен некоторый специфический нейропсихологический синдром, который, в свою очередь, должен быть сопоставим с психологической моделью.

***Коррекционная работа с аутичными детьми:***

***Уровневый подход к оценке нарушений эмоциональной сферы у детей как основа ведущих направлений коррекции эмоциональных расстройств:***

В отечественной психологии разработан уровневый подход к оценке нарушений эмоциональной сферы у детей (В.В.Лебединский, 1980, 1985, 1990). Этот подход основывается на закономерностях развития эмоциональной регуляции здорового ребенка. Наиболее ранним уровнем регуляции считается уровень полевой реактивности, при котором возможны лишь пассивные формы психической адаптации. При нормальном развитии этот уровень никогда не проявляется самостоятельно, а выступает лишь в виде фонового, обеспечивающего аффективную преднастройку к активному взаимодействию индивидуума с окружающим. Второй уровень регуляции — уровень стереотипов имеет важное значение в развитии первых приспособительных реакций ребенка к своему окружению и формировании активной избирательной адаптации. Он начинает активно проявляться у ребенка первых трех месяцев жизни. При нарушениях психического и особенно эмоционального развития, как это имеет место при раннем детском аутизме, когда ребенок более длительное время задерживается на этом уровне, у него наблюдаются характерные эмоционально-поведенческие расстройства в виде страхов при изменении привычной для него обстановки, изменений режима, расширения круга общения. Следует сразу же отметить, что эти как бы общие нарушения являются специфичными в зависимости от механизма нарушения

Важно, что второй уровень регуляции обеспечивает не столько общее равновесие, сколько направлен на усиление стенических активных реакций на основе выработки разнообразных способов аутостимуляции, направленных на поддержание положительных эмоций. Наблюдаемые у ребенка эмоциональные расстройства могут быть обусловлены дисфункцией этого уровня. При этом ребенок вырабатывает привычку сосредотачиваться на этих ощущениях и начинает меньше реагировать на внешние стимулы, что неуклонно приводит к отставанию в развитии. Дисфункция на этом наблюдается у детей с ранним детским аутизмом.

На третьем уровне эмоциональной регуляции основные аффективные переживания связаны, главным образом, с достижением желаемого. Этот уровень эмоциональной регуляции у здорового ребенка начинает функционировать в возрасте 3—6 месяцев.

В этот период у ребенка активно развивается его взаимодействие со взрослым и, прежде всего, с матерью, которая его аффективно “заражает” и “заряжает”.

На четвертом уровне эмоциональной регуляции всеболее активными становятся коммуникативные формы регуляции (глазное общение, мимические и интонационно выразительные голосовые реакции, жесты, движения). В этот период развивается важнейшая доречевая активность — лепет, формируются интегративные и сенсорно-ситуационные связи. Отличительной особенностью поведения здорового ребенка на этом уровне эмоциональной регуляции является постоянное сосредоточение на каком-либо виде деятельности.

Готовность к совместной игровой деятельности ребенка проявляется в том, что он в ответ на заигрывание с ним оживляется, начинает произносить отдельные звуки, смеется. Постепенно у ребенка все больше и больше развивается ориентация на эмоциональную оценку взрослого его поведения, в связи с чем мать получает благоприятную возможность для воспитания малыша, положительно подкрепляя позитивные формы его поведения и ограничивая негативные.

Дальнейшее развитие и совершенствование эмоциональных реакций способствует обогащению и разнообразию поведенческих проявлений при общении малыша со взрослым. Постепенно развивается и совершенствуется новый тип общения ребенка со взросльм — предметно-действенный.

При диагностике психического развития ребенка первых лет жизни особо важное значение имеет комплексная оценка его эмоциональных реакций с определением уровня эмоциональной регуляции. При этом особенно важно оценить реакции ребенка на общение со взрослым или другими детьми.

**Ранний детский аутизм относят к особой форме патологии, при которой нарушен механизм эмоционально-поведенческой адаптации.**

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**.

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).

**Различные подходы к развитию речи**

Подходы к развитию речи у детей с тяжелыми формами аутизма различны. Отечественные специалисты делают основной упор на коррекцию эмоциональных нарушений, повышение психического тонуса, создание потребности в речевом взаимодействии через установление и развитие эмоционального контакта. За рубежом поведение формируют с помощью отработки речевых стереотипов на основе подкрепления. Часть западных специалистов считает, что формирование звучащей речи у детей с тяжелыми вариантами аутизма вообще нецелесообразно, и предлагает развивать другие, неречевые формы общения.

Первый подход, если и позволяет сформировать речь, то достигается это очень редко и не скоро, становление речи происходит с большой задержкой в сравнении с возрастными этапами развития в норме, и эта задержка в дальнейшем не компенсируется. В случае западных подходов речь формируется, но она механическая, не гибкая, состоит из набора речевых штампов.

Наиболее оптимальным представляется сочетание обоих подходов(методика, которая разрабатывается М.Ю.Ведениной):на основе подкрепления создаются стереотип готовности к взаимодействию и выполнению инструкций, что помогает ребенку сосредоточиться и вести себя относительно адекватно и организованно. Это создает не обходимые условия для обучения. Одновременно усилия направляются на развитие эмоционального взаимодействия, внесения аффективного смысла в происходящее вокруг, на стимуляцию речевой активности.

Коррекционные занятия строятся по принципу чередования различных заданий и игры в строгом соответствии с расписанием на фоне четко дозированного эмоционального тонизирования. Входе занятий отрабатывается целенаправленное поведение, понимание речи, развивается практическая предметная деятельность, целенаправленная двигательная активность. Проводится и собственно речевая работа: вызывание вокализации, стимуляция звукоподражания, имитация речи других. Каждое правильное выполнение задания поощряется теми средствами, которые хотя бы минимально привлекают ребенка.

**Библиография:**

1. Астапов В.М. Тревожность у детей. – М.: ПЕР СЕ, 2001
2. Гиндикин В.Я. Ранняя диагностика психических заболеваний. Киев, 1989
3. Гурьева В.А., Семке В.Я, Гиндикин В.Я. Психопатология детского возраста
4. Гурьева В. Психогенные расстройства у детей и подростков. – М.: КРОН-ПРЕСС, 1996
5. Детская и подростковая психиатрия/ Пер. с нем. Т.Н. Дмитриевой. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2001
6. Детская патопсихология: Хрестоматия/ Сост. Н.Л. Белопольская. – М.: Когито-Центр, 2000
7. Дилео Д. Детский рисунок: диагностика и интерпретация. – М.: Апрель Пресс, ЭКСМО Пресс, 2001
8. Джемс У. Психология. – М.: Педагогика, 1991
9. Жмуров В.А. Психопатология. – Иркутск, 1994 – С. 165 -203. – Т. 2
10. Захаров А.И. Неврозы у детей и психотерапия. СПб.: “Издательство союз”, “Лениздат”. – 2000
11. Захаров А.И. Дневные и ночные страхи у детей. СПб.: “Издательство союз”, 2000
12. Игумнов С.А. Основы психотерапии детей и подростков: Справ.пособие/ Под ред. В.Т. Кондрашенко. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2001
13. Изард К. Эмоции человека. –М.: Изд-во Моск. ун-та, 1980
14. Ильин Е.П. Эмоции и чувства. – СПб.: Питер, 2001
15. Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения. – М.: Педагогика, 1986
16. Общая психодиагностика/ Под ред. А.А. Бодалева, В.В. Столина. – М.: Изд-во Моск.ун-та, 1987
17. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. Под ред. Д.Я. Райгородского. – Самара: Издательский дом “БАХРАХ”, 1998.
18. Прихожан А.М. Диагностика личностной тревожности и некоторые способы ее преодоления// Диагностическая и коррекционная работа шкльного психолога. – М.:, 1987
19. Прихожан А.М. Психокоррекционная работа с тревожными детьми // Активные методы в работе школьного психолога. М., 1990
20. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков:психологическая природа и возрастная динамика. – М.: Московский психолого-социальный интситут; Воронеж: НПО “МОДЭК”, 2000
21. Психология детей с отклонениями и нарушениями психического развития / Сост. и Общая ред. В.М. Астапова, Ю.В. Микадзе. – СПб.: Питер, 2002
22. Раттер М. Помощь трудным детям: Пер. с англ./Общ.ред. А.С. Спиваковской. – М.:Прогресс, 1987
23. Романова Е.С. Графическиметоды в практической психологии. – СПб.: Речь, 2001
24. Специальная дошкольная педагогика: Учебное пособие/ Е.А. Стребелева, А.Л. Венгер, Е.А. Екжанова и др.; Под ред. Е.А. Стребелевой. – М.: Академия, 2001
25. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т.2, М., 1959
26. Тревога и тревожность/ Сост. и общая редакция В.М. Астапова. – СПб.: Питер, 2001
27. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции.- М.: Наука, 1989
28. Хорни К. Невротическая личность нашего времени; Самоанализ: пер. с англ.. – М., Изд. группа “Прогресс” -- “Универс”, 1993