

Ранний

детский аутизм



pptcloud.ru

В **1943г.** американский клиницист **Л. Каннер** обобщил наблюдения 11 случаев и сделал заключение о существовании особого клинического синдрома с типичным нарушением психического развития, назвав его «синдромом раннего детского аутизма».

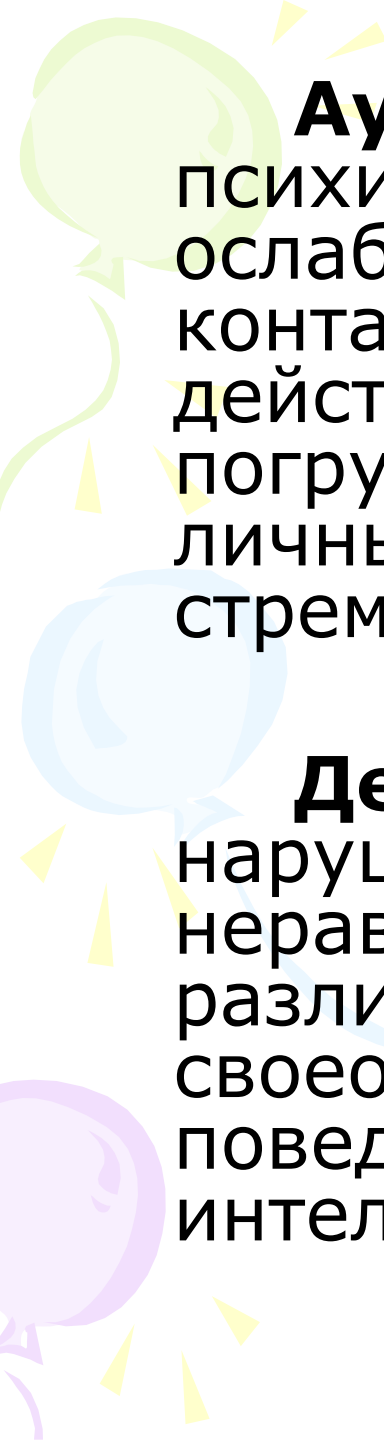
РДА – особое расстройство шизофренического спектра.

Но! **Отличительные признаки:**

- Положительная динамика;
- Отсутствие галлюцинаций;
- «а также то, что эти дети, по-видимому, были больны с первых лет жизни» (снижение способностей **не** наступало после периода нормального функционирования)

Распространенность

4-6 (26) детей на 10 000
новорожденных



Аутизм – это распространенное психическое заболевание, связанное с ослаблением или полной потерей контактов с окружающей действительностью, глубоким погружением в мир исключительно личных переживаний и потерей стремления к общению с внешним миром.

Детский аутизм - это особая форма нарушенного психического развития с неравномерностью формирования различных психических функций, со своеобразными эмоционально-поведенческими, речевыми и иногда интеллектуальными расстройствами

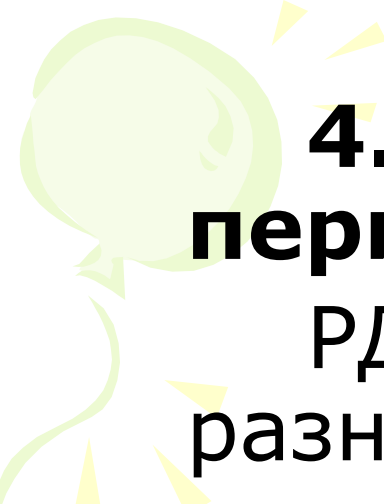
История изучения РДА

4 этапа (Башина В. М.)

- 1. Донозологический период (к. XIX — н. XX веков)** – отдельные упоминания о детях со стремлением к уходам и одиночеству.
- 2. Доканнеровский период, 1940-е гг.,** обсуждался вопрос о возможности выявления у детей шизофрении (Сухарева, 1927).

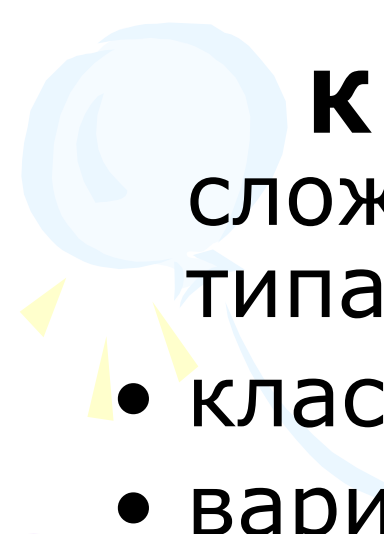
3. Каннеровский (1943-1970 гг.) – выход в свет кардинальных работ по аутизму.

- а) **РДА** – особое состояние, с нарушениями общения, речи, моторики, которое он отнес к состояниям так называемого «шизофренического» спектра (Л.Каннер, 1943).
- б) Австрийский психиатр Х. Аспергер в 1944 г. описал близкое состояние у детей, назвав его **аутистической психопатией**.
- в) Попытки выделения причины возникновения РДА:
- Башина В. М. и Вроно М. Ш. (1975): аутизм как **аутистическое состояние**, возникающее у ребенка **после приступа шизофрении**.
 - Мнухин С.С., 1947 – концепция органического происхождения РДА.
 - Putter M., 1972, и мн. др – **полиэтиологичность РДА** (органические, реактивные причины, последствия нарушения симбиоза между матерью и ребенком, нарушения адаптационных механизмов у незрелой личности).



4. Послеканнеровский период (1990-е годы):

РДА неспецифический синдром разного происхождения.



К настоящему времени сложилось представление о двух типах аутизма:

- классический аутизм Каннера
 - вариант аутизма, в который входят аутистические состояния разного генеза (сдр Аспергера).
- 

Существенные различия	Синдром Каннера	Синдром Аспергера
Уровень интеллекта	Невысокий интеллектуальный уровень или интеллектуальная недостаточность	Нормальный или выше среднего уровень интеллекта
Развитие речи	Отставание в развитии речи	Опережающее (ребенок начинает говорить до появления самостоятельной ходьбы)
Встречаемость	Может наблюдаться (хотя реже) и у девочек	Почти исключительно у мальчиков
Характер отношения к близким	Взрослый не замечается	Взрослый - помеха
Прогноз	Чаще – переход в пограничную интеллектуальную недостаточность или атипичную форму умственной отсталости	Более благоприятный (РДА как особый вариант начального этапа формирования аутистической (шизоидной) психопатии)



Теории происхождения аутизма

1. Психогенная природа аутизма

Беттельхайм: теория «холодной матери»

2. Генетическая природа аутизма

Этиологические факторы:

- **Экзогенные** (повреждающие воздействия во время беременности);
- **Аутосомные рецессивные** (аутизм проявляется, если две хромосомы несут один и тот же рецессивный ген – один от отца и другой от матери);
- **Сцепленные с X-хромосомой** – ген несет женская половая хромосома.

3. Органическое происхождение аутизма –
возможность мозговой локализации поражения

4. Нарушения психофизиологических механизмов:

- Первичное снижение витального тонуса;
- Нарушение уровня бодрствования;
- Патология восприятия
- Нарушения речи

5. Психологические теории

- ☐ Эмоциональные нарушения
- ☐ Нарушения адаптации вследствие биологической недостаточности

=> Аутизм – результат включения защитных и компенсаторных механизмов, позволяющих ребенку устанавливать стабильные, хотя и патологические, взаимоотношения с миром.
(Никольская О.С.)

- ☐ Нарушение когнитивной сферы – источник отклонений при аутизме (теория У. Фрит)
(трудности в осуществлении произвольной деятельности ↔ специфические способности и их высокие показатели)



Варианты аутистического развития (Никольская О.С.)

Клинико-психологическая классификация

(по характеру и степени нарушений взаимодействия с внешней средой и типу самого аутизма)

Дети I группы с аутистической **отрешенностью** от окружающего

Характеризуются наиболее глубокой аффективной патологией

- поведение носит полевой характер (постоянная миграция от одного предмета к другому).
- Эти дети мучны, не владеют не только формами контакта, но и не имеют потребности в нем.
- не овладевают навыками социального поведения. Нет и активных форм аффективной защиты от окружающего, стереотипных действий, заглушающих неприятные впечатления извне
- почти или совсем не владеют навыками самообслуживания.
- наихудший прогноз развития

В условиях **интенсивной** психолого-педагогической коррекции элементарные навыки самообслуживания; они могут освоить письмо, элементарный счет и даже чтение про себя,
но их **социальная адаптация затруднена** даже в домашних условиях.

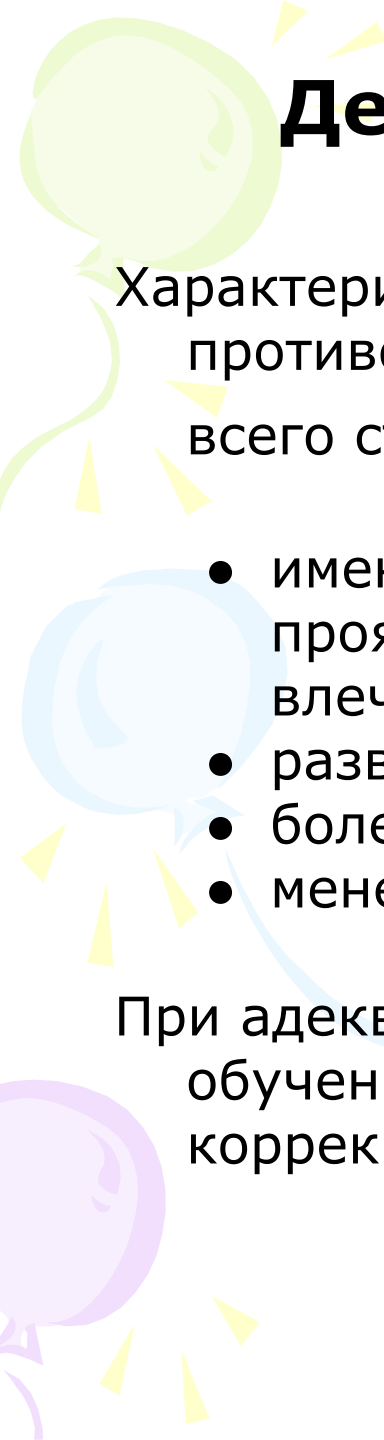
Дети II группы с аутистическим отвержением окружающего

Характеризуются возможностью активной борьбы с тревогой и многочисленными страхами за счет аутостимуляции положительных ощущений

- В поведении характерны манерность, стереотипность, импульсивность многочисленных движений, причудливые гримасы и позы, походка, особые интонации речи.
- односложные речевые штампы-команды; малодоступны контакту, отвечают односложно или молчат, иногда что-то шепчут;
- предельно тесная «симбиотическая» связь с матерью

При адекватной длительной коррекции могут освоить навыки самообслуживания и элементарного обучения



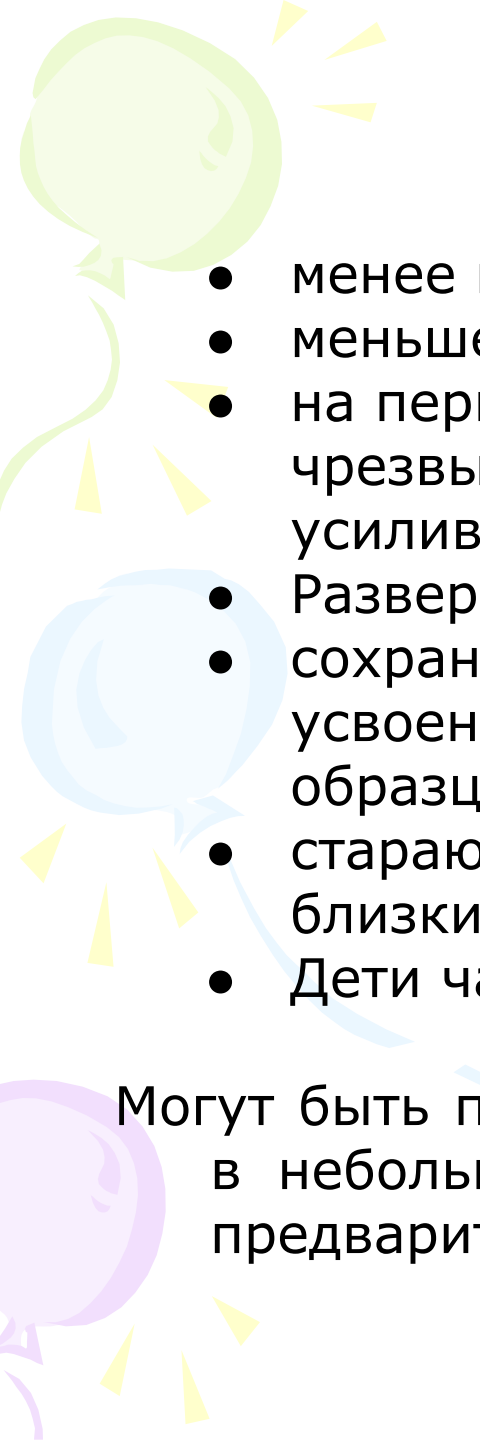


Дети III группы с аутистическим замещением окружающего

Характеризуются большей произвольностью в противостоянии своей аффективной патологии, прежде всего страхам.

- имеют более сложные формы аффективной защиты, проявляющиеся в формировании патологических влечений, компенсаторных фантазиях
- развернутая речь
- более высокий уровень когнитивного развития.
- менее аффективно зависимы от матери

При адекватной коррекции могут быть подготовлены к обучению во вспомогательной школе (при длительной коррекции – к массовой школе)



Дети IV группы со сверхтормозимостью

- менее глубокий аутистический барьер,
- меньше патологии аффективной и сенсорной сфер.
- на первом плане - неврозоподобные расстройства: чрезвычайная тормозимость, робость, пугливость, усиливающее социальную дезадаптацию.
- Развернутая, менее штампованная речь.
- сохраняют постоянство среды за счет активного усвоения поведенческих штампов, формирующих образцы правильного социального поведения,
- стараются быть «хорошими», выполнять требования близких.
- Дети часто обнаруживают парциальную одаренность.

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

Особенности познавательной сферы

Структура дефекта:



Первичные нарушения –
гиперсензитивность и слабость
психического тонуса

Вторичные нарушения – аутизм и
аутостимуляция

Третичные нарушения – истинные
невротические образования

Ощущения и восприятия

- ❑ Повышенная сенсорная ранимость => игнорирование воздействий;
- ❑ Человеческое лицо мгновенно вызывает пресыщение и желание уйти от контакта;
- ❑ В реакциях на предметы – большая полярность (реакция на «новизну» резкая и продолжительная, вместе с тем повышенная чувствительность к слабым и привычным раздражителям);
- ❑ Нарушение ориентировки в пространстве, искажение целостной картины предметного мира (важен не предмет, а его сенсорные качества)
- ❑ Большое значение имеют тактильные и мышечные ощущения от собственного тела (аутостимуляция)



Внимание

- Устойчиво несколько минут, иногда и секунд.
- Низкий уровень активного внимания;
- Нарушение целенаправленности и произвольности внимания;
- Сильнейшая психическая пресыщаемость



Воображение

- Богатое / Патологическое
- В содержании фантазий переплетаются случайно услышанные ребенком сказки, истории, просмотренные кинофильмы и радиопередачи, вымышленные и реальные события
- Патологическое фантазирование – основа для появления неадекватных страхов

Память

- Хорошая механическая память,
 - что создает условия для сохранения следов эмоциональных переживаний
 - Эмоциональная память стереотипизирует восприятие окружающего

Речь и коммуникативное поведение

- Своеобразное отношение к речевой деятельности и своеобразию в становлении экспрессивной речи
- Гуление запаздывает, отсутствует или обеднено;
- Появление фразовой речи в 2-летнем возрасте;
- Не обращаются к языку жестов и мимики
- Снижена реакция на говорящего;
- лучше реагирует на шепотную речь;
- Несформированность коммуникативного поведения; взгляд мимо, «сквозь» собеседника;
- Хорошо развита «автономная» речь;
- Среди нарушений речи возможны:
 - Эхолалии
 - Вычурное, скандированное произношение
 - Своеобразная интонация
 - Фонетические расстройства
 - Нарушения голоса (с высокой тональностью в конце слов, фраз)
 - Называние себя во 2-м или 3-м лице

Мышление и интеллект

- 55-60% - УО
- 15-20% - легкая интеллектуальная недостаточность
- 15-20% - нормальный интеллект
- трудности произвольного обучения
- Сложности в символизации, переносе навыков из одной ситуации в другую
- Трудно понять развитие ситуации во времени, установить причинно-следственные зависимости
- Одаренность в отдельных областях
- Диспропорция:
вербальный < невербальный интеллект

Эмоционально-личностная сфера

- Отстает в формировании комплекс оживления
- Отсутствует характерное для детского возраста желание понравиться, заслужить похвалу от взрослого
- Снижение порога эмоционального дискомфорта в контактах с миром
- Склонность к фиксации на неприятных впечатлениях, с формированию страхов
- Нарушение чувства самосохранения с элементами самоагрессии; плохо закрепляется опыт опасного контакта с горячим и острым
- «Феномен тождества» => привыкает к среде обитания, не умеет выделять себя из среды, остро реагирует на всяческие изменения
- Стереотипы (двигательные, сенсорные, поведенческие)
- Сниженная способность к сопереживанию, не способен заражаться настроением окружающих людей.

3 группы страхов

1. Типичные возрастные

(реакция на реальную, значимую опасность) – 28%:

- Боязнь остаться одному
- Потерять мать
- Незнакомой обстановки

2. Обусловленные гиперчувствительностью

– 35%:

- страх бытовых шумов,
- зрительных, тактильных раздражений
- страх незнакомых людей, новых мест;

3. Неадекватные бредоподобные, связанные с фрагментарностью представлений о мире



Коррекционная работа с аутичными детьми





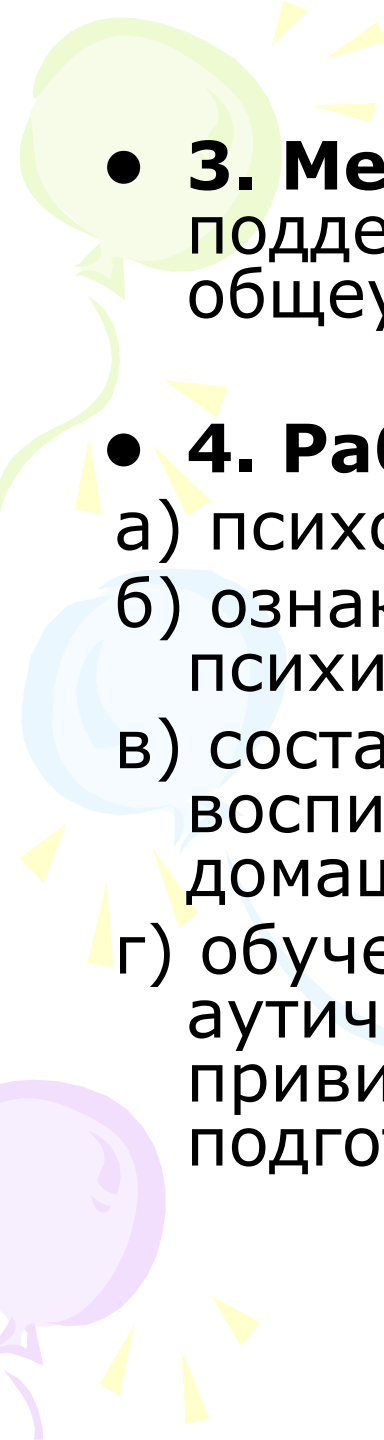
АУТИЧНЫЙ РЕБЕНОК В СПЕЦИАЛЬНОЙ ГРУППЕ

- В группу следует принимать детей в возрасте 3—6 лет, имеющих симптомы раннего детского аутизма.
- Индивидуальные занятия проводятся 2—3 раза в неделю.
- Психологическое занятие в течение 45 минут, педагогическое - 30—45 минут.
- Средний срок такого режима занятий ребенка в группе - 3—4 года.
- когда ребенок начинает учиться в школе (массовой или вспомогательной), посещение группы можно ограничить до одного в 2—4 недели («поддерживающая» медико-психолого-педагогическая коррекция)

НЕОБХОДИМЫ ОБЩИЕ УСИЛИЯ!!!

Комплексная клинико-психолого-педагогическая
коррекция РДА может включать **следующие разделы** (и, соответственно, этапы):

- **1. Психологическая коррекция:**
 - а) установление контакта со взрослыми;
 - б) смягчение общего фона сенсорного и эмоционального дискомфорта, тревоги, страхов;
 - в) стимуляция психической активности, направленной на взаимодействие со взрослыми и сверстниками;
 - г) формирование целенаправленного поведения;
 - д) преодоление отрицательных форм поведения: агрессии, негативизма, расторможенности влечений.
- **2. Педагогическая коррекция РДА:**
 - а) формирование навыков самообслуживания;
 - в) пропедевтика обучения (коррекция специфического недоразвития восприятия, моторики, внимания, речи; формирование навыков изобразительной деятельности).

- 
- **3. Медикаментозная коррекция РДА:**
поддерживающая психофармакологическая и общеукрепляющая терапия.

- **4. Работа с семьей:**
 - а) психотерапия членов семьи;
 - б) ознакомление родителей с рядом психических особенностей ребенка;
 - в) составление индивидуальной программы воспитания и обучения аутичного ребенка в домашних условиях;
 - г) обучение родителей методикам воспитания аутичного ребенка, организации его режима, привитие навыков самообслуживания, подготовки к школе.

