**ДИПЛОМНАЯ РАБОТА**

**ТЕМА: «ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ КОРРЕКЦИИ АУТИЧНОГО РЕБЕНКА»**

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

ВВЕДЕНИЕ

ГЛАВА 1. Обобщенный теоретический анализ проблемы раннего детского аутизма

* 1. Причины, механизмы возникновения РДА, существенные признаки РДА
	2. Особенности развития познавательной сферы у детей с синдромом РДА
	3. Особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы аутичных детей
	4. Особенности деятельности

ГЛАВА 2. Экспериментальные изучение ребенка с синдромом раннего детского аутизма (монографическое исследование)

* 1. Психологическая диагностика аутичного ребенка
	2. Психолого-педагогические приемы коррекционной работы с аутичным ребенком
	3. Использование поведенческой терапии с целью улучшения адаптации ребенка с синдромом РДА

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

ПРИЛОЖЕНИЯ

**ВВЕДЕНИЕ**

Выбранная мной тема является **актуальной**, так как дети с синдромом раннего детского аутизма составляют основную массу детей, имеющих наиболее тяжелые, требующие специальной психолого-педагогической, а иногда и медицинской помощи, нарушения в социально-личностном развитии.

В центре внимания данного направления является разработка системы комплексного психологического сопровождения детей и подростков, испытывающих трудности адаптации и социализации, вследствие нарушений в эмоционально-личностной сфере. Возможности социализации лиц с аутизмом определяются многими факторами, основными среди которых являются:

- ранняя диагностика;

- тяжесть и глубина аутических расстройств;

- возможно раннее начало специализированной коррекции, ее комплексный медико-психоло-педагогический характер;

- адекватный и гибкий подход к выбору методов коррекционной работы, ее последовательность, продолжительность, достаточный объем;

- единство усилий специалистов и семьи.

По данным Института коррекционной педагогики и психологии РАО, при своевременной и правильной коррекционной работе 60 % аутичных детей получают возможность учиться по программе массовой школы, 30 % - по программе специальной школы того или иного из существующих типов и 10 % адаптируются в условиях семьи.

В тех случаях, когда коррекция не проводится, 75 % вообще социально не адаптируются, 22-23 % адаптируются относительно (нуждаются в постоянной опеке), и лишь 2-3 % достигают социальной адаптации.

Данная тема недостаточно разработана, так как аутизм встречается чаще, чем изолированные глухота и слепота, вместе взятые, однако статистические данные о его распространенности неоднозначны, на что есть свои причины:

- недостаточная определенность диагностических критериев, их качественный характер;

- различия в оценке возрастных границ синдрома (в России не старше 15 лет, странах Западной Европы, США и Японии – без возрастных ограничений);

- Различия в понимании причин раннего детского аутизма, механизмов его развития, самой сущности аутизма.

В последние годы в отечественной и зарубежной литературе называют цифру 15-20 случаев аутичных детей на 10 тысяч новорожденных, причем у мальчиков аутизм встречается в 3-4 раза чаще, чем у девочек.

Исследования выбранной темы позволили выявить **противоречия**:

- между потребностью общества в адаптации лиц с аутизмом с одной стороны, и недостаточной разработанностью методов коррекции детей с синдромом раннего детского аутизма, с другой стороны.

Исходя из отмеченных противоречий, вытекает **проблема исследования**:

- каковы же возможности психокоррекционной и психотерапевтической работы в повышении уровня социальной адаптации детей с синдромом раннего детского аутизма.

**Цель исследования**:

- определить возможности коррекционной и психотерапевтической работы в повышении уровня социальной адаптации аутичного ребенка.

**Объект исследования** – развитие ребенка с синдромом раннего детского аутизма.

**Предмет исследования** – психолого – педагогические условия коррекции ребенка с синдромом раннего детского аутизма.

**Гипотеза исследования**: - коррекция аутичного ребенкабудет эффективной, если реализуется ряд психолого – педагогических условий:

- будет создана обстановка эмоционального комфорта и психического благополучия в семье;

- будут использованы правильно подобранные коррекционная программа и психотерапия по преодолению определенных трудностей для адаптации аутичных детей в обществе, исходя из тяжести и глубины данной патологии.

В соответствии с целью и предметом исследования, а так же исходя из рабочей гипотезы определяются и **задачи исследования**:

- провести анализ литературных источников по исследуемой проблеме с целью выявления причин аутизма;

- выявить механизмы возникновения аутизма у исследуемых детей с синдромом раннего детского аутизма;

- рассмотреть клинико-психологическую характеристику аутических расстройств;

- разработать коррекционную программу по преодолению трудностей в адаптации детей с синдромом раннего детского аутизма.

Задачи выдвигаемые в исследовании могут быть решены с помощью следующих **методов**:

- метод опроса родителей детей с аутизмом;

- метод наблюдения психологических явлений у детей с синдромом раннего детского аутизма;

- теоретический анализ психолого-педагогической литературы;

- обработка результатов.

**Теоретическая и практическая значимость исследования** заключается в разработке коррекционной программы с целью повышения адаптации детей с аутизмом в обществ, а так же использование метода холдинг-терапии для улучшения социальных контактов аутичных детей.

Результаты исследования могут быть использованы педагогами и психологами в работе с детьми с ранним детским аутизмом, а так же данное исследование открывает новые возможности в реальной помощи семье аутичного ребенка.

**Теоретико-методологическая база исследования** являются труды отечественных и зарубежных авторов [1; 8; 23; 25 и др.], в которых впервые был рассмотрен и описан в 1943 году американским психиатром Л.Каннером в работе «Аутические нарушения аффективного контакта».

Им был сделан вывод о существовании особого клинического синдрома «экстремального одиночества», который он назвал синдромом раннего детского аутизма и который впоследствии стали называть синдромом Каннера по имени ученого его открывшего. Г.Аспергер тоже занимался исследованием детей с синдромом РДА, но несколько другой категории, он назвал ее «аутическая психопатия», что в отличии от раннего детского аутизма проявляется после трехлетнего возраста.

Наиболее известные отечественные подходы к коррекции аутизма были предложены К.С.Лебединской и О.С.Никольской и их методика комплексной медико-психолого-педагогической коррекции, основанная на представлении об аутизме прежде всего как об аффективном расстройстве. В отличие от зарубежных методов коррекции в отечественной коррекционной работе большое значение отводится комплексности – постоянному взаимодействию педагогов, психологов и врачей-психиатров.

Считается, что синдром раннего детского аутизма (РДА) изучается в России более 50 лет, со времени выхода в 1947 году статьи С.С.Мнухина «О невро- и психопатических изменениях личности на почве тяжелого алиментарного истощения у детей». В дальнейшем РДА на протяжении более 30 лет рассматривался в нашей стране только как медицинская проблема. Однако помещение аутичных детей с психиатрический стационар не давало, как правило, положительных результатов, а нередко за счет отрыва от семьи, изменения привычного окружения приводили к ухудшению состояния. И лишь со второй половины 70-х гг. благодаря работам ленинградских (Д.Н.Исаев, В.Е.Каган и др.) и особенно московских (К.С.Лебединская, В.В.Лебединский, О.С.Никольская и др.) психиатров и психологов постепенно стало скалываться представление о РДА как об особом отклонении психического расстройства, из чего следовала необходимость не только и не столько медикаментозного лечения, сколько коррекционного обучения и воспитания с использованием особых, специфических для раннего детского аутизма форм и методов. Однако, несмотря на значительные успехи в научных медицинских и психологических исследованиях, а также на интересные, обнадеживающие результаты экспериментально-методической работы, государственной системы комплексной помощи детям и подросткам, страдающим ранним аутизмом, в России не создано.

Данная дипломная работа состоит из: введения, двух глав: глава 1. Обобщенный теоретический анализ проблемы раннего детского аутизма; глава 2. Экспериментальные изучения детей с синдромом раннего детского аутизма, заключения, списка литературы и приложений.

**ГЛАВА 1. ОБОБЩЕННЫЙ ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА**

* 1. **ПРИЧИНЫ МЕХАНИЗМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РДА И СУЩЕСТВЕННЫЕ ПРИЗНАКИ РДА**

Термин аутизм (от греческого autos – сам) ввел в 1912 году Э.Блейлер для обозначения особого вида мышления, которое регулируется эмоциональными потребностями человека и не зависит от реальной действительности. Происхождение аутизма может быть различным. В легкой степени он может встречаться при конституционных особенностях психики (акцентуация характера, психопатия), а так же в условиях хронической психической травмы (аустическое развитие личности). А может выступать как грубая аномалия психического развития (ранний детский аутизм). Это аномалия психического развития, состоящая главным образом в субъективной изолированности ребенка от внешнего мира.

Под названием «синдром РДА » впервые описан Л.Каннером в 1943 году. Независимо от Каннера синдром был описан в 1944 году Г.Аспергером и в 1947 году С.С.Мнухиным. Аутизм как предельное («экстремальное») одиночество ребенка, формирующее нарушение его социального развития вне связи с уровнем интеллектуального развития; занятие, сверхпристрастие к различным объектам, сопротивление к изменениям в окружающей действительности.

Особая характерная задержка и нарушение развития речи, так же под термином аутизм понимают «отрыв от реальности, уход в себя» (К.С.Лебединская).

Аутизм как синдром встречается при довольно многих психических расстройствах, но в некоторых случаях он проявляется очень рано (в первые годы и даже месяцы жизни ребенка), занимает ведущее место в клинической картине и оказывает тяжелое негативное влияние на все психическое развитие ребенка. В таких случаях говорят о синдроме раннего детского аутизма (РДА), который считают клинической моделью особого – искаженного варианта нарушения психического развития. При РДА отдельные психические функции развиваются замедленно, тогда как другие патологически ускоренно. Так нередко словарный запас сочетается с совершенно неразвитой коммуникативной функцией речи. В ряде случаев наблюдаются не все требуемые для диагноза РДА клинические характеристики, хотя не возникает сомнений, что коррекция должна опираться на методы, принятые в работе с аутичными детьми; в такой ситуации нередко говорят об аутических чертах личности. По критериям, принятым Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), при аутическом расстройстве личности отмечаются:

- качественные нарушения в сфере социального взаимодействия;

- качественные нарушения способности к общению;

- стереотипные модели поведения и видов деятельности;

- ограниченный интерес к окружающему.

Аутичные дети любым способом избегают общения с людьми. Кажется, что они не понимают, или не слышат, что им говорят. Как правило, эти дети совсем не говорят, а если такое случается, то для общения они не используют слова. Наблюдается большой интерес ко всяким механическим предметам и необыкновенная ловкость в обращении с ними. К обществу же они, напротив, проявляют равнодушие. Дети – аутисты по – сравнению со здоровыми сверстниками значительно реже жалуются. На конфликтную ситуацию они, как правило, реагируют криком, агрессивными действиями либо занимают пассивно – оборонительную позицию. Обращение за помощью к старшим чрезвычайно редки. Многие из таких детей страдают тяжелым нарушением процесса приема пищи. Иногда они вообще отказываются есть. Чего только не пробовали родители четырехлетней девочки, чтобы пробудить у нее аппетит. Она от всего отказывалась, но при этом ложилась на пол рядом с собакой, принимала ту же позу и начинала есть из той же миски, беря пищи только ртом. Но это крайний случай. Чаще приходиться сталкиваться с предпочтением определенных пищевых продуктов. Так же, аутичные дети могут страдать тяжелыми нарушениями сна. Особенно трудно для них заснуть. Период сна может быть сокращен до минимума, отсутствует регулярность. Есть такие, которые не спят в кроватке, некоторые спят в одиночку, а некоторым обязательно присутствие матери. Эти странные особенности детей с РДА, возможно связаны с какими – либо навязчивыми идеями или страхами, которые занимают одно из ведущих мест в формировании аутического поведения детей. Многие обычные окружающие предметы или явления вызывают у них чувство страха. Аутические страхи деформируют предметность восприятия окружающего мира. У аутичных детей встречаются и необычные пристрастия, фантазии, влечения и они как бы полностью захватывают ребенка, их нельзя отвлечь и увести от этих действий. Диапазон их очень широк. Одни дети раскачиваются, перебирают пальцами, теребят веревочку, рвут бумагу, бегают по кругу или от стены к стене. У некоторых имеются фантастические перевоплощения в животных или сказочные персонажи. Эти особые действия, пристрастия, фантазии играют важную роль в патологическом приспособлении таких детей к окружающему и к себе.

По уровню эмоциональной регуляции, аутизм может проявляться в разных формах:

- как полная отрешенность от происходящего;

- как активное отвержение;

- как захваченность аутическими интересами;

- как чрезвычайная трудность организации общения и взаимодействия с другими людьми.

Таким образом, различают четыре группы детей с ранним детским аутизмом, которые определяют собой разные ступени взаимодействия с окружающей средой и людьми.

- Для детей первой группы характерны проявлении состояния выраженного дискомфорта и отсутствие социальной активности уже в раннем возрасте. Главное для такого ребенка – не иметь с миром никаких точек соприкосновения.

- Дети второй группы исходно более активны и чуть менее ранимы в контактах со средой, и сам аутизм их более «активен». Он проявляется как избирательность в отношениях с миром. Родители прежде всего указывают на задержку психического развития ребенка, прежде всего – речи; избирательность в еде, невыполнение их требований влечет бурные аффективные реакции. По сравнению с детьми других групп они в наибольшей степени отягощены страхами и стереотипностью движений. Но они гораздо приспособлены к жизни, чем дети первой группы.

- Детей 3-й группы отличает несколько другой способ аутической защиты от мира – это сверхзахваченность своими интересами, которые проявляются в стереотипной форме. Годами ребенок может говорить на одну и ту же тему, разыгрывать один и тот же сюжет. Основная проблема такого ребенка в том что созданная им программа поведения не может быть приспособлена им к гибко меняющимся обстоятельствам.

 - У детей 4-й группы аутизм в наиболее легком варианте. На первом плане повышенная ранимость, тормозимость в контактах. Этот ребенок сильно зависит от эмоциональной поддержки взрослых. Важно обеспечить атмосферу безопасности, четкий спокойный ритм занятий, периодически включая эмоциональные впечатления. Патогенетические механизмы РДА остаются недостаточно ясными. В разное время разработки этого вопроса внимание уделялось разным причинам и механизмам возникновения этого нарушения. Длительное время господствовала гипотеза о его психогенной природе.

Она состояла в том, что такие условия развития ребенка, как подавление его психической активности и аффективной сферы «авторитарной» матерью, приводят к патологическому формированию личности.

Статистически чаще всего РДА описывается при патологии шизофренического круга, реже при – органической патологии мозга (врожденных токсоплазмозе, сифилисе и другой недостаточности нервной системы, интоксикации свинцом и т.д. (С.С.Мнухин, Д.Н.Исаев, 1969).

При анализе ранней симптоматики РДА возникает предположение этологических механизмов развития, что проявляется в полярном отношении к матери, в больших трудностях формирования самых элементарных коммуникативных сигналов, слабости инстинкта самосохранения и аффективных механизмов защиты. При этом у детей наблюдается неадекватные, атавистические формы познания окружающего мира, такие, как облизывание, обнюхивание предмета. В связи с последним высказываются предположения о поломке биологических механизмов аффективности, первичной слабости инстинктов, информационной блокаде, связанной с расстройством восприятия, о недоразвитии внутренней речи, центральном нарушении слуховых впечатлений, которое ведет к блокаде к потребности в контактах и т.д.

 К первичным расстройствам при РДА относятся повышенная сенсорная и эмоциональная чувствительность, и слабость энергетического потенциала; к вторичным – сам аутизм, как уход от окружающего мира, ранящего интенсивностью своих раздражителей, а так же стереотипии, сверхценные интересы, фантазии, расторможенность влечений – как псевдокомпенсаторные аутостимуляции, возникающие в условиях самоизоляции. У них ослаблена эмоциональная реакция на близких, вплоть до полного отсутствия внешнего реагирования, так называемая «аффективная блокада»; недостаточная реакция на зрительные и слуховые раздражители, что придает таким детям сходство со слепыми и глухими.

К настоящему времени сложилось представление о двух типах аутизма:

- классический аутизм Каннера (РДА);

- и варианты аутизма (аутические состояния разного генезиса).

Аутизм может возникать как своеобразная аномалия развития генетического генеза, а также наблюдаться в виде осложняющегося синдрома при различных неврологических заболеваниях, в том числе и при метаболических дефектах.

Итак, можно выделить **основные причины возникновения РДА**:

- это могут быть врожденные патологии нервной системы;

- ранние психические травмы;

- неправильное, холодное отношение родителей к ребенку;

- недостаточность центральной нервной системы (врожденная аномальная конституция, органические поражения ЦНС и т.д.)

При не ярко выраженных проявлениях аутизма используют нередко термин парааутизм. Так, синдром парааутизма может нередко наблюдаться при синдроме Дауна. Кроме того, он может иметь место при заболеваниях ЦНС, органов зрения, опорно – двигательного аппарата и внутренних органов.

**Существенные признаки раннего детского аутизма.**

Признаки раннего детского аутизма проявляются избирательно и непостоянно и не определяют основную специфику аномального развития.

Одним из основных признаков РДА является нарушение речевого развития. Речевые расстройства значительно варьируют по степени тяжести и по своим проявлениям. Выделяют следующие речевые нарушения:

- нарушение коммуникативной функции речи. Аутичный ребенок избегает общения, ухудшая возможности речевого развития. Его речь автономна, эгоцентрична, не связана с ситуацией и окружением;

- Оторванность такого ребенка от мира, сказывается на его самосознании;

- Стереотипность речи, склонность к словотворчеству, почти у всех детей становление речи проходит через период эхолалий.

Другим признаком аутизма являются трудности формирования поведения.

В основном это расторможенность, несобранность, отвлекаемость. Подобное поведение называется «полевым». Предмет притягивает аутичного ребенка к себе, взрослый же должен сам направлять действия этих сил, в противном случае его требование и желание ребенка будут идти вразрез.

Контакт со взрослыми требует от аутичного ребенка огромного напряжения, ему действительно трудно сосредоточиться, вследствие чего наступает перенапряжение. В результате нарушается психическое развитие и социализация. Клиническая картина синдрома Каннера окончательно формируется между 2-3 годами жизни и в течение нескольких лет (до 5-6 летнего возраста) наиболее выражена. Затем ее своеобразные патологические черты нередко сглаживаются. Аутизм с аутическими проявлениями – это исходная трудность установления контакта внешним миром и поэтому вторично выработанные реакции – избегание контактов.

Аутизм может проявляться как пассивный уход, безразличие, при этом может быть избирательность в контактах: общение только с одним человеком, и полная зависимость от него – «симбиотическая связь». Контакт с миром осуществляется через этого человека. Наблюдается так же тенденция к сохранению постоянства, стереотипов. Это своего рода приспособление ребенка к своим трудностям. Аутичный ребенок склонен к аутостимуляциям, таким как: бег по кругу, раскачивание и т.д. Эти движения усиливаются когда ребенок боится чего – либо. Аутичный ребенок не выполняет инструкций, игнорируя их, убегая от взрослого и делая все наоборот. Но все - таки при правильной коррекции у таких детей удается достичь видимых результатов.

**1.2 ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ СФЕРЫ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ РДА**

В целом для психического развития при аутизме свойственна неравномерность. Так, повышенные способности в отдельных областях в таких как музыка, математика, живопись могут сочетаться с глубоким нарушением обычных жизненных умений и навыков.

**Внимание.**

Недостаточность общего, и в том числе психического, тонуса, сочетающаяся с повышенной сенсорной и эмоциональной чувствительностью, обуславливает крайне низкий уровень активного внимания. С самого раннего возраста отмечается отсутствие внимания ребенка к предметам окружения. Наблюдаются грубые нарушения целенаправленности и произвольности внимания. Однако яркие впечатления могут буквально завораживать детей. Характерной чертой является сильнейшая психическая пресыщаемость. Его внимание устойчиво буквально в течении нескольких минут, иногда и секунд. Можно сделать вывод, что для концентрации внимания ребенка могут быть использованы: звуки, мелодии, блестящие предметы и т.д.

**Ощущения и восприятия.**

Для детей с РДА характерно своеобразие в реагировании на сенсорные раздражители. Это выражается в повышенной сенсорной ранимости, и в то же время, как следствие повышенной ранимости, для них характерно игнорирование воздействий, а так же расхождение в характере реакций, вызываемых социальными и физическими стимулами. Если в норме человеческое лицо является самым сильным и привлекательным раздражителем, то аутичные дети отдают предпочтение разнообразным предметам, лицо же вызывает мгновенный уход от контакта. Особенности восприятия наблюдаются у 71 % детей, диагностируемых как имеющих аутизм. У части детей реакция на «новизну», например, изменение освещения, необычно сильная. Многие дети, наоборот, яркими предметами заинтересовались слабо, у них так же не отмечалась реакция испуга или плача на звуковые раздражители, и вместе с тем у них отмечали повышенную чувствительность к слабым раздражителям: дети просыпались от едва слышного шуршания, легко возникали реакции испуга на работающие бытовые приборы.

В восприятии ребенка с РДА также отмечается нарушение ориентировки в пространстве, искажение целостности картины реального предметного мира. Для них важен не предмет в целом, а его отдельные части. У большинства у них наблюдается повышенная любовь к музыке. Они повышенно чувствительны к запахам, окружающие предметы обследуют с помощью облизывания и обнюхивания.

Большое значение имеют для детей тактильные мышечные ощущения, идущие от собственного тела (раскачиваются всем телом, совершают однообразные прыжки, кружатся, пересыпают песок и т.д.). При часто сниженной болевой чувствительности у них наблюдается склонность к нанесению себе различных повреждений.

**Память и воображение**

С самого раннего возраста у аутичных детей наблюдается хорошая механическая память, что создает условия для сохранения следов эмоциональных переживаний. Именно эмоциональная память, стереотипизирует восприятие окружающего. Дети могут снова и снова повторять одни и те же звуки, без конца задавать один и тот же вопрос. Они легко запоминают стихи. В ритм стиха дети могут начать раскачиваться или сочинять собственный текст.

Относительно воображения существуют две противоположные точки зрения: согласно одной из них, дети имеют богатое воображение, согласно другой – воображение очень причудливо, имеет характер патологического фантазирования. В их содержании переплетаются случайно услышанные сказки, истории и реальные события. Патологические фантазии отличаются повышенной яркостью и образностью. Нередко их содержание может носить агрессивный характер. Патологическое фантазирование служит хорошей основой для проявления различных неадекватных страхов. Это могут быть страхи меховых шапок, лестницы, незнакомые люди. Некоторые дети излишне сентиментальны, часто плачут при просмотре некоторых мультфильмов.

**Речь**

У детей с ранним детским аутизмом отмечается своеобразное отношение к речевой деятельности и одновременно – своеобразие в становлении экспрессивной стороны речи. При восприятии речи заметно сниженная (или полностью отсутствующая) реакция на говорящего. «Игнорируя» простые, обращенные к нему инструкции, ребенок может вмешиваться в необращенный к нему разговор. Лучше он реагирует на тихую, шепотную речь.

Первые активные речевые реакции в виде гуления у аутичных детей могут запаздывать. То же самое относится к лепету: по данным исследования у 11 % - фаза лепета отсутствовала, у 24 % - была выражена слабо, у 31 % - отсутствовала лепетная реакция на взрослого.

Первые слова обычно появляются рано, у 63 % - слова «мама, папа, деда», но 51 % - использовались без соотнесения со взрослым. Они редко задают вопросы, если таковые появляются, то носят повторяющийся характер.

Стремление избегать общения, особенно с использованием речи, негативно сказывается на перспективах речевого развития детей данной категории.

**Мышление.**

Как отмечают О.С.Никольская, Е.Р.Баенская, М.М.Либлинг, не следует вести речь об отсутствии при РДА отдельных способностей. Уровень интеллектуального развития связан, прежде всего со своеобразием аффективной сферы. Они ориентируются на перцептивно яркие, а не функциональные признаки предметов. Эмоциональный компонент восприятия сохраняет свое ведущее значение при РДА даже на протяжении школьного возраста. В итоге усваивается лишь часть признаков окружающей действительности.

Развитие мышления у таких детей связано с определением огромных трудностей произвольного обучения. Многие специалисты указывают на сложности в символизации, переносе навыков из одной ситуации в другую.

Такому ребенку трудно понять развитие ситуации во времени, установить причинно – следственные зависимости. Это ярко проявляется в пересказе учебного материала, при выполнении задания, связанных с сюжетными картинками. Многие аутичные дети могут обобщать, однако они не в состоянии перерабатывать материал самостоятельно.

В то же время интеллектуальная недостаточность не является обязательной для аутизма. Дети могут проявлять одаренность в определенных областях, хотя аутическая направленность мышления сохраняется.

При выполнении интеллектуальных тестов, таких, как тест Векслера, наблюдается выраженная диспропорция между уровнем вербального и невербального интеллекта в пользу последнего. Однако низкие уровни выполнения заданий связанных с речевым опосредованием, в большинстве своем говорят о нежелании ребенка использовать речевое взаимодействие, а не о действительно низком уровне развития вербального интеллекта.

**1.3 ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ АУТИЧНЫХ ДЕТЕЙ**

Нарушение эмоционально – волевой сферы является ведущим признаком раннего детского аутизма и может проявиться в скором времени после рождения. Так, в 100 % наблюдений при аутизме резко отстает в своем формировании – комплекс оживления. Это проявляется в отсутствии фиксации взгляда на лице человека, улыбки и ответных эмоциональных реакций в виде смеха, речевой и двигательной активности на проявление внимания со стороны взрослого. По мере роста ребенка слабость эмоциональных контактов с близкими взрослыми продолжает нарастать. Дети не просятся на руки, находясь на руках, не принимают определенные позы, не прижимаются, остаются вялыми и пассивными. Они могут испытывать даже страх перед одним из родителей, могут ударить, кусаться, делать все на зло.

У этих детей отсутствует характерное желание понравиться взрослым, заслужить похвалу. Слова «мама и папа» появляются позже других и могут не соотноситься с родителями. Все вышеуказанные симптомы являются проявлением одного из первичных патогенных факторов аутизма. А именно снижение порога эмоционального дискомфорта в контактах с миром. У аутичного ребенка крайне низкая выносливость в общении с миром. Он быстро устает даже от приятного общения. Склонен к фиксации на неприятных впечатлениях, к формированию страхов:

- типичные для детского возраста вообще (страх потерять мать, а также ситуационно обусловленные страхи после пережитого испуга);

- обусловленные повышенной сенсорной и эмоциональной чувствительностью детей (страх бытовых и природных шумов, чужих людей, незнакомых мест);

- неадекватные, бредоподобные, т.е. не имеющие под собой реального основания.

Страхи занимают одно из ведущих мест формирования аутичного поведения. При налаживании контакта обнаруживается, что многие обычные предметы и явления, а так же некоторые люди вызывают у ребенка постоянное чувство страха. Это может сохраняться иногда годами, и даже носит характер ритуалов. Малейшие перемены в виде перестановки мебели, режима дня вызывают бурные эмоциональные реакции. Это явление получило название «феномен тождества».

Говоря об особенностях поведения при РДА разной степени тяжести, О.С.Никольская характеризует детей 1 – ой группы как не допускающих до себя переживаний страха, реагирующих уходом на любое воздействие большой интенсивности. В отличие от них дети 2 – ой группы практически постоянно пребывают в состоянии страха. Это отражается в их внешнем облике и в поведении: движения их напряжены, застывшая мимика лица, внезапный крик.

Часть локальных страхов может быть спровоцирована отдельными признаками ситуации или предмета, которые слишком интенсивны для ребенка по своим сенсорным характеристикам. Также локальные страхи могут вызываться некой опасностью. Особенностью этих страхов является их жесткая фиксация – они остаются актуальными на протяжении многих лет и конкретная причина страхов определяется далеко не всегда. У детей 3 – ей группы причины страхов определяются достаточно легко, они как бы лежат на поверхности. Такой ребенок постоянно говорит о них, включает их в свои вербальные фантазии. При этом ребенок застревает не только на каких – то страшных образах, но и на отдельных аффективных деталях, проскальзывающих в тексте. Дети 4 – ой группы пугливы, тормозимы, неуверенны в себе. Для них характерна генерализированная тревога, особенно возрастающая в новых ситуациях, при необходимости выхода за рамки привычных стереотипных форм контакта, при повышении по отношении к ним уровня требований окружающих.

Наиболее характерными являются страхи, которые вырастают из боязни отрицательной эмоциональной оценки окружающими, прежде всего близкими. Такой ребенок боится сделать что – то не так, оказаться «плохим», не оправдать ожиданий мамы.

Наряду с вышеизложенными у детей с ранним детским аутизмом наблюдается нарушение чувства самосохранения, с элементами самоагрессии. Они могут неожиданно выбежать на проезжую часть, у них отсутствует «чувство края», плохо закрепляется опыт опасного контакта с острым и горячим.

У всех без исключения отсутствует тяга к детскому коллективу. При контакте с детьми у них обычно наблюдается пассивное игнорирование или активное отвержение общения, отсутствие отклика на имя. В своих социальных взаимодействиях ребенок крайне избирателен. Постоянная погруженность во внутренние переживания. Отгороженность аутичного ребенка от внешнего мира затрудняют развитие его личности. Он не умеет сопереживать заражаться настроением от окружающих людей. Все это не способствует формированию у детей адекватных нравственных ориентиров, в частности понятий «хорошо» и «плохо» применительно к ситуации общения.

**1.4 ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Активные формы познания начинают отчетливо проявляться у нормально развивающихся детей со второго полугодия первого года жизни. Именно с этого времени особенности детей с РДА, становятся наиболее заметны, при этом одни из них проявляют общую вялость и бездеятельность, а другие повышенную активность: их привлекают сенсорно воспринимаемые свойства предметов (звук, цвет, движение), манипуляции с ними имеют стереотипно повторяющийся характер. Дети, схватывая попадающиеся предметы, не пытаются изучить их путем ощупывания, разглядывания и т.п. Действия, направленные на овладение специфическими способами употребления предметов, их не привлекают. В связи с этим действия по самообслуживанию формируются у них поздно и, даже будучи сформированными, могут вызывать у детей протест при попытке стимулирования их использования.

Для детей с аутизмом характерно игнорирование игрушек. Дети рассматривают новые игрушки без какого – либо стремления к манипуляции с ними, либо манипулируют избирательно только одной. Наибольшее удовольствие получают при манипулировании с неигровыми предметами, дающими сенсорный эффект (тактильный, зрительный, обонятельный). Игра у таких детей некоммуникативная, дети играют в одиночку, в обособленном месте. Присутствие других детей игнорируется, в редких случаях ребенок может продемонстрировать результаты своей игры. Ролевая игра не устойчива, может прерываться беспорядочными действиями, импульсивной сменой роли, которая тоже не получает своего развития. Игра насыщена аутодиалогами (разговор с самим собой). Могут встречаться игры – фантазии, когда ребенок перевоплощается в других людей, животных, предметы. В спонтанной игре ребенок с РДА, несмотря на застревание на одних и тех же сюжетах с предметами, способен действовать целенаправленно и заинтересованно. Манипулятивные игры у детей данной категории сохраняются и в более старшем возрасте.

Любая произвольная деятельность в соответствии с поставленной целью плохо регулирует поведение детей. Им трудно отвлечься от непосредственных впечатлений, от положительной и отрицательной «валентности» предметов, т.е. от того, что составляет для ребенка их привлекательность или делает их неприятными. Кроме того, аутические установки и страхи ребенка с РДА – вторая причина, препятствующая формированию учебной деятельности во всех ее неотъемлемых компонентах. В зависимости от тяжести нарушения аутичный ребенок может обучаться как по программе индивидуального обучения, так и по программе массовой школы. В школе по – прежнему сохраняется изолированность от коллектива, эти дети не имеют друзей. Для них характерны колебания настроения, наличие новых уже связанных со школой страхов. Школьная деятельность вызывает большие затруднения, учителя отмечают пассивность на уроках. Дома дети выполняют задания только под контролем родителей. В школьном возрасте у этих детей характерно усиление стремления к творчеству. Они пишут стихи, рассказы, сочиняют истории, героями которых они являются. Появляется избирательность к тем взрослым, которые их слушают, и не мешают фантазировать. Часто это бывают случайные, незнакомые люди. Учеба в школе не складывается в ведущую деятельность. В любом случае требуется специальная коррекционная помощь по формированию учебного поведения аутичного ребенка, развитию своего рода «стереотипного обучения».

Таким образом, аутизм это полная отрешенность от происходящего, это «экстремальное одиночество». Здесь может наблюдаться тенденция к сохранению постоянства и определенных стереотипов. Повышение способности в отдельных областях может сочетаться с глубоким нарушением обычных жизненных умений и навыков. У аутичного ребенка нарушено чувство самосохранения, у всех без исключения отсутствует тяга к детскому коллективу. Отгороженность аутичного ребенка от внешнего мира затрудняет развитие его как личности.

**ГЛАВА 2. ЭКСПЕРЕМЕНТАЛЬНЫЕ ИЗУЧЕНИЯ РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА (МОНОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)**

**2.1 ПСИХООГИЧЕСКАЯ ДИАГОСТИКА АУТИЧНОГО РЕБЕНКА**

Ранняя диагностика аутизма имеет большое значение, так как прогноз этой аномалии развития в значительной сфере зависит от времени начала психолого-педагогической коррекции и лечения.

Еще в 1978 году М.Раттером были сформулированы диагностические критерии РДА, это:

- особые глубокие нарушения в социальном развитии, проявляющиеся вне связи с интеллектуальным уровнем;

- стремление к постоянству, проявляемое как с предметами, сверхпристрастие к объектам окружающей действительности или как сопротивление изменениям среды;

- проявление патологии в сроки до 48 – месячного возраста.

Поскольку дети данной категории очень избирательны в общении, возможности использования экспериментальных психологических методик ограничены. Основной акцент необходимо сделать на анализе анамнестических данных об особенностях развития ребенка, полученных с помощью опроса родителей и других представителей ближайшего социального окружения, а также на наблюдении за ребенком в различных ситуациях общения и деятельности.

Неправильный диагноз поставить легко. Чем это грозит, думаю объяснять не стоит. Синдром раннего детского аутизма (РДА) часто путают с другими психическими и умственными аномалиями дошкольного и школьного возраста (олигофренией, шизофренией, неврозом навязчивых состояний, девиантным поведением).

Для постановки диагноза аутизма не существует медицинских тестов. Этот диагноз не может быть поставлен при кратком осмотре ребенка, даже комиссией специалистов. Аутизм диагностируется по наличию или отсутствию вышеуказанных поведенческих характеристик, путем тщательного изучения истории развития ребенка, бесед с родителями и другими людьми вовлеченными в жизнь ребенка.

Аутизм может встречаться в соединении с другими расстройствами, которые связанные с нарушениями функции мозга, такими как вирусные инфекции, нарушения обмена веществ, отставание в умственном развитии и эпилепсия. Важно различать аутизм и умственные расстройства или шизофрению, так как путаница в диагностировании может привести к несоответствующему к неэффективному лечению.

Наблюдая за ребенком по определенным параметрам можно видеть о его возможностях как в спонтанном поведении, так и в создаваемых ситуациях взаимодействия. Такими параметрами являются:

- более приемлемая для ребенка дистанция общения;

- излюбленные занятия в условиях, когда он предоставлен сам себе;

- способы обследования предметов;

- наличие каких – либо стереотипных бытовых навыков;

- используется ли речь и в каких случаях;

- поведение в ситуациях дискомфорта, страха.

Без определения доступного для ребенка с РДА уровня взаимодействия невозможно правильно поставить методику и содержание комплексного коррекционно – развивающего воздействия.

Подход к решению задач восстановления эффективной связи такими детьми может быть выражен следующими правилами, которые я вам предлагаю:

- первоначально в контактах с ребенком не должно быть давления, нажима, но даже прямого обращения.

- первые контакты организуются на адекватном для ребенка уровне, которыми он занимается сам;

- необходимо постепенно разнообразить привычные удовольствия ребенка, усилить их аффективным заражением собственной радости – доказать ребенку, что с человеком лучше, чем без него;

- работа может быть очень длительной, но ее нельзя форсировать;

- закреплять потребности ребенка в контакте;

- необходимо строго дозировать аффективные контакты с ребенком;

- необходимо помнить, что при достижении аффективной связи с ребенком, смягчении его аутических установок он становиться более раним в контактах и его надо особенно беречь от ситуации конфликта с близкими.

Также в результате проведения игровых занятий мне удавалось изменить поведение Данила. Прежде всего, это выражалось в отсутствии всякого опасения или страха. Он чувствовал себя естественно и свободно, становился активным, эмоциональным…

При отсутствии своевременной диагностики и адекватной помощи, доброжелательной и грамотной поддержки окружающих, большая часть таких детей, в итоге признается необучаемой и не адаптируется социально.

В то же время, в результате своевременно начатой работы, возможно преодоление аутических тенденций, и постепенное вхождение ребенка в социум. В разном темпе, с разной результативностью, но каждый аутичный ребенок может постепенно продвигаться ко все более сложному взаимодействию с людьми.

**2.1 ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ С АУТИЧНЫМИ ДЕТЬМИ**

Я хочу рассказать Вам о некоторых приемах работы с аутичными детьми. Эти приемы проверены мной на практике и дают хорошие поближе познакомить Вас с Даниилом.

«Мы познакомились с ним в нашем ДОУ, ему было 7 лет. На первый взгляд он не на что не реагировал, постоянно молчал, то вдруг издавал резкие звуки, все это лишний раз подтверждало диагноз: «ранний детский аутизм» который был поставлен в 4 года. До этого ставили диагноз задержка психического развития (ЗПР) ». Причиной же РДА оказалось врожденное поражение ЦНС. Мама Данила на поздних сроках беременности перенесла вирусно – инфекционное заболевание, и при этом применяла препараты не совместимые с беременностью без консультации врача.

Коррекционная работа с аутичным ребенком будет более успешной, если ее проводить комплексно, группой специалистов: психиатром, невропатологом, психологом, логопедом, музыкальным работником и родителями. Но только при одном условии работа специалистов должна проходить с работой родителей по одной программе. Вместе мы выбрали индивидуальную программу развития ребенка. Педагог ставил конкретные образовательные задачи, а я, опираясь на общие закономерности развития Данила помогала решать возникающие проблемы. Дневное расписание Данила представляло собой вертикальный ряд карточек, на которых прикреплены небольшие объекты, обозначающие соответствующую деятельность.

**Главной моей задачей являлось** **вовлечь ребенка в индивидуальную и совместную деятельность, для дальнейшей его адаптации в обществе.**

В первую очередь я решила поближе познакомиться с мальчиком. Стереотипная игра аутичного ребенка как повод для знакомства.

Трудности в работе могут возникнуть при первом же знакомстве. Обычно ребенок не обращает внимание на присутствие нового взрослого, либо становиться напряженным и агрессивным. К такой реакции нужно быть готовым заранее. При этом следует четко представлять психологические причины подобного поведения. А причина в том, что появление нового незнакомого человека привносит в жизнь аутичного ребенка элемент неизвестности, который вызывает у него чувство дискомфорта и страха. Ему потребуется время, чтобы освоиться в новых условиях, привыкнуть к новому человеку, то есть ко мне. У аутичного ребенка есть любимые игры, одна или несколько. В таких играх он может часами манипулировать предметами, совершая странные действия. Главные особенности таких стереотипных игр:

- цель и логика игры, смысл производимых действий часто непонятны для окружающих;

- в этой игре подразумевается единственный участник – сам ребенок;

- ребенок раз за разом один и тот же набор действий и манипуляций;

- неизменность: раз установившись, игра остается одинаковой на протяжении длительного времени;

- Ребенок может играть в такую игру годами.

Наличие стереотипной игры ставит аутичного ребенка в особый ряд, сразу же выделяет его среди других детей. Так и я во время знакомства с Данилом наблюдала за его стереотипной игрой. Целью моего наблюдения было вникнуть в структуру стереотипной игры, выделить цикл повторяющихся действий; выделить конкретные звукосочетания, слова, в бормотании ребенка во время игры. Мои наблюдения и выводы помогли в дальнейшем каким образом я могу принять участие в игре Данила. Для начала я присела на небольшом расстоянии от ребенка. Он сразу отвернулся от меня и это уже хорошо. Если даже ребенок отодвинется дальше не в коем случае не находитесь от него далеко, и продолжайте наблюдать. Когда же мальчик привык к моему присутствию я постепенно начала включаться в игру. Здесь важно мало говорить и не совершать активных действий. Негромко можно повторять за ним его слова. Нужно дать ему понять, что вы не помешаете ему играть. Эта ситуация требует времени и терпения, до тех пор пока он не поймет, что вы тот человек который его понимает и помогает, и однажды примет ваше предложение поиграть, как и случилось в дальнейшем в моей ситуации.

Аутичные дети видят смысл деятельности только тогда, когда она четко запрограммирована. С этой целью я использовала пооперационные карты (рис.1, рис.2). Образцами подобных карт являются, к примеру, инструкции по сбору игрушек из серии «Киндер – сюрприз». Однако не достаточно их просто составить, необходимо как можно чаще «путешествовать» с ребенком по ним, узнавая и называя предметы (на первых этапах, если ребенок не захочет повторять названия, педагог может делать это сам).

Аутичные дети плохо осознают свое тело. У него может быть нарушена пространственная ориентация. Поэтому полезно разместить в групповой комнате несколько зеркал на уровне глаз ребенка. Время от вркмени я старалась привлекать внимание Данила к его отражению в зеркале. Этот прием также дает положительный результат. Не нужно забывать о том, что аутичному ребенку нужна физическая помощь в организации действия: взрослый в буквальном смысле «работает» руками ребенка, пишет, рисует и т.д.

Снижению уровня тревожности способствовали: телесные контакты, релаксационные игры, так же можно использовать здесь и пальчиковые игры.

Также очень важна частая смена деятельности, так как дети с синдромом раннего детского аутизма психически пресыщаемы, они быстро истощаются физически. Каждый вид деятельности должен занимать по времени не более 10 минут.

Данилу были свойственны бесцельные монотонные движения, раскачивания. И чтобы отвлечь его от этого занятия я успешно использовала эмоционально насыщенные ритмические игры, танцевальные движения. Благодаря этому в дальнейшем он стал посещать музыкальные занятия, несмотря на, что ранее он боялся заходить туда. Такого рода регулярные занятия способствовали уменьшению двигательных расстройств.

Ему очень нравиться рисовать красками (кисточками, тряпочкой и особенно пальцами), что помогает снятию излишнего мышечного напряжения, и развивает мелкую моторику пальцев. С этой целью полезна так же работа с песком, глиной, пшеном, водой.

Все вышеперечисленные приемы относятся к сенсорным играм, как возможности установления контакта с аутичным ребенком. Сенсорный компонент мира приобретает для такого ребенка особую значимость. Поэтому проведение сенсорных игр является своеобразным «соблазнением» ребенка. А если Вам, как и мне удастся приятное переживание при получении нового сенсорного ощущения, то ребенок проникнется к вам доверием, и именно в этом случае можно говорить об установлении эмоционального контакта. Виды сенсорных игр разнообразны. Как я уже называла это игры с красками «Цветная вода» (приложение 1);

Игры с водой. Возня с водой, переливание ее особенно нравиться детям, эти игры имеют и терапевтический эффект (приложение 2).

Игры с мыльными пузырями. Данилу нравилось наблюдать за кружением в воздухе мыльных пузырей, с криками восторга он носился по комнате, тут же требовал повторения, но сам выдуть пузыри часто отказывался. Для этого предварительно нужно научить его дуть, сформировывать сильный воздух, будьте осторожны, следите за тем чтобы ребенок не вдувал воду в себя.

Игры со льдом. Заранее приготовьте лед, выдавите вместе ребенком лед из формочки в мисочку: «Смотри, как водичка замерзла: стала холодная и твердая». Затем погрейте его в ладошках, она холодная, и тает. Зимой на прогулке можно обращать внимание ребенка на сосульки, лужи и т.д. Они будут в восторге от таких изменений в природе.

Не менее интересны и игры с крупами. Высыпать гречку в глубокую миску, опустить в нее руки и пошевелить пальцами. Выражая удовольствие улыбкой и словами, предложите ему присоединиться. На следующих занятиях можно использовать другие крупы.

При выборе игр с пластичным материалом (пластилином, глиной, тестом) может быть осложнено его повышенной брезгливостью. И все же, опыт показывает, что если пробовать, предлагая ребенку различные материалы и разные виды одного и того же материала, удается найдти такой, который ему понравиться. Данилу очень нравился пластилин, мы лепили угощения для кукол, предметы быта и т.д.

В заключении об играх хочется сказать следующее:

- если ребенок не включается в игру, не настаивайте, но обязательно попробуйте в следующий раз;

- помните, что ребенка могут испугать новые яркие впечатления, и при признаках страха немедленно прекратите игру;

- понравившаяся игра потребует некоторого количества повторений;

- не затягивайте сюжетную линию, так как произвольное внимание ребенка кратковременно;

- во время игры ребенок может начать говорить, заглядывая вам в лицо, и ваша реакция даст ему подтверждение того, что вы его понимаете. Это важно!

Учитывая все эти правила можно добиться хороших результатов, и расположения ребенка.

Установив эмоциональный контакт с аутичным ребенком, уже можно работать над его поведением. Я обучала Данила пользоваться горшком, комментируя при этом каждый его шаг. Если же он все делал правильно, то обязательно хвалила его. Очень положительным казалось наглядное предоставление поощрения. Например, разноцветные кружочки, его очень радовали. Он так же научился навыкам самообслуживания: одеваться, умываться и т.д.

Умывание и чистка зубов.

Наиболее трудным для него явилось, как и во всех сферах деятельности, самостоятельное переключение от действия к действию. Мной был проведен очередной пооперационный анализ данной деятельности, результат которого вы можете видеть в таблице (см. приложение 2).

В графе 1 таблицы расположена последовательность действий, которые необходимо выполнить. В графе 2- отмечается доступна ли ему данная операция, т.е. способен ли он сам перейти к следующему действию. В графе 3- отмечается вид помощи, в котором нуждался Данил. Физическая помощь предоставлялась в виде управления руками, при этом я находилась за спиной или с боку; помощь может так же предоставляться в виде указательного жеста или словесной подсказки.

Специфическим методом, зарекомендовавшим себя в качестве эффективной методики по преодолению основных эмоциональных проблем при аутизме, является так называемый метод холдинг – терапии (от англ. Hold – держать), разработанный американским врачом М.Велш. Этот метод помог мне наладить контакт ребенка с матерью. Суть метода в том, что мать привлекает к себе ребенка, обнимает его крепко и удерживает его в своих руках, находясь с ним лицом к лицу, до тех пор, пока ребенок не прекратит сопротивление, расслабится и посмотрит ей в глаза. Данная процедура может занимать до 1 часа времени. Этот метод своего рода определенный толчок к началу взаимодействия с окружающим миром, снижению тревоги, укреплению эмоциональной связи с матерью, именно поэтому психолог не должен осуществлять процедуру холдинга. В нашем случае понадобилась не только одна процедура. Даня не давался, бился в истерике, кричал, но в итоге мы добились желаемого результата. Я считаю, что данный метод нужно применять в работе.

Используя в своей работе с Данилом все вышеперечисленные приемы, я добилась следующих результатов:

- мы установили контакт «глаза в глаза» ребенка с его матерью;

- наладили эмоциональный контакт с ребенком;

- научили его некоторым навыкам по самообслуживанию (одеваться, умываться, чистить зубы);

- заметно повысился психический тонус;

- у него появился интерес к выполнению заданий;

- увеличился набор выражаемых им чувсв;

- Данил научился выполнять задания на сортировку по признаку «большой» и «маленький»;

- увеличился диапазон звуков и слогов и т. д.

В то же время сохранилось и своеобразное поведение мальчика: он может долго молчать или бурно демонстрировать свои эмоции, у него возможно появления повышенной утомляемости расторможенности в заданных ему поручениях. Но все же я надеюсь, что в дальнейшей работе мы добьемся еще более качественных результатов.

**2.3 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ С ЦЕЛЬЮ УЛУЧШЕНИЯ АДАПТАЦИИ РЕБЕНКА С РДА**

В настоящее время в России испытывается острый недостаток практических разработок по социально – бытовой реабилитации, которые позволили бы детям и подросткам с аутизмом адаптироваться в повседневной жизни.

За рубежом наибольших успехов в области социальном – бытовой реабилитации достигли сторонники поведенческой терапии, Усилия которых направлены на формирования независимости самостоятельности ребенка в его повседневном поведении. Выделяют два крупных направления в рамках поведенческой терапии: - оперантное обучение,

- обучение по программе ТЕАССН.

В основе оперантного обучения лежат исследования бихевиористов, направлено на тренинг социально – бытового поведения через отработку отдельных операций с их последующим объединением. Здесь можно столкнуться с проблемой переноса сформированного навыка в другую ситуацию и в настоящее время ищут пути ее решения. На первом этапе обучения, как описывалось мной ранее, особое внимание нужно уделять формированию способности ребенка сосредотачиваться на задании и следовать инструкции взрослого. И благодаря гибкой системе подкреплений, мы закрепляли желаемое поведение и уменьшали нежелательное деструктивное поведение. Однако сохраняются трудности при переносе навыков на вне учебную обстановку и зависимость от взрослого, осуществляющего подкрепление соответствующего поведения.

Обучение по программе ТЕАСНН (лечение и обучение детей, страдающих аутизмом и нарушениями общения) направлено на облегчение социально-бытовой адаптации аутичного человека с помощью зрительной организации внешней среды.

Первичный акцент так же делается на формировании способности ребенка оставаться на своем месте и сосредоточиваться на задании.

Подобное поведение называется рабочим, так как является необходимой предпосылкой для самостоятельной деятельности аутичного ребенка. Здесь велика опасность зависимости от организованной ситуации. Попадая в такую среду, аутичный ребенок может оказаться беспомощным. Но все же в рамках этой программы, как и при оперантном обучении ребенок может социально адаптироваться.

В данной работе я хочу привести конкретные примеры форм использования методов оперантного обучения в сочетании с традиционными приемами организации социально – бытового поведения аутичных детей.

Общая организация поведения.

Первыми шагами в процессе обучения служат установление контакта с ребенком, исследование его возможностей, особенностей интересов и работа по общей организации его поведения. При формировании установки у ребенка на выполнение требований взрослого и заинтересованности ребенка в этом выполнении в начале часто приходится использовать простейшие естественные потребности ребенка; на что я первым делом обращала внимание. Так например, если он захотел пить, я просила его для начала сесть на стул. Часто же на попытку что – либо потребовать от него, он начинал капризничать, мог закричать и ударить. И не в коем случае при таком его поведении нельзя отменять свое требование, так как такой способ добиться своего может закрепиться в сознании ребенка. И, конечно же, нужно делать предварительный анализ того, что Ваш ребенок сможет выполнить, прежде чем что – либо требовать от него. Мои наблюдения показывают, что лучше всего закрепляется поведение, которое награждается не каждый раз, а время от времени. Это, кстати, касается и нежелательного поведения. Например, если в ответ на каприз ребенок после долгих отказов все- таки получал то, что требует, очень вероятно, что в дальнейшем он будет использовать тот же способ достижения желаемого.

По моим наблюдениям трудности в адаптации аутичного ребенка в быту семьи, его отказ что – то сделать часто связаны со страхами. Данила боялся ходить в туалет из – за шума воды, мыться (так как вода попадала ему в глаза), идти гулять, потому что боялся соседской собаки и людей. Проблема может решиться, если близкие понимают, что стоит за отказом ребенка, терпеливо одобряют его, дают возможность освоиться в пугающей ситуации, почувствовать себя хозяином.

Организация стереотипов бытового поведения.

Стереотипность, свойственная аутистам, можно хорошо использовать для формирования бытовых стереотипов. При это речь взрослого должна быть четкой и краткой, следует продумать фразы, сопровождающие действия, которые будут повторяться раз за разом. Необходимо сначала подключат ребенка к самым легким операциям, подчеркивая, как у него хорошо получается, какой он молодец, как быстро одевается и как аккуратно ест. Прежде чем начать обучение нужно тщательно продумать действия, выбрать наиболее удобную и простую последовательность для конкретно имеющейся ситуации. Например, при умывании найти удобное место для мыла, какой рукой лучше брать щетку, а какой пасту. Этот при ем так же был использован в моей практике, и оказался очень эффективным при нескольких же повторениях. Известно, что такой же пооперационный анализ используется при работе со слепыми и умственно отсталыми детьми.

Пространственная и временная организация занятия и распорядка дня аутичного ребенка.

Во – первых, очень важно подобрать удобные подходящие по росту стол и стул, стол нужно расположить так, чтобы ничего не отвлекало его внимания, и наоборот, выделялись предметы, на которые Вам хотелось бы обратить его внимание. Приятные и легкие задания, чередования заданий с развлечениями помогут Вам ослабить негативизм ребенка к учебной ситуации.

Во – вторых, важен ритм занятия. Аутичный ребенок способен очень недолго оставаться в ситуации, когда от него требуется произвольное внимание и выполнения произвольных действий. Тренировки в первое время могут быть очень короткими (3-5 минут), но при это необходимо, чтобы ребенок сразу испытал успех. Оперантный и особенно эмоционально – коррекционный подходы рекомендуют эмоционально обыгрывать удачу.

Уменьшению тревожности, упорядочиванию поведения аутичного ребенка способствует и временная организация его жизни. Существование четкого распорядка дня, семейных привычек и традиций, если последовательность событий предсказуема, они неукоснительно должны соблюдаться, повторяясь изо дня в день (прогулка, еда, сон, занятия и т.д.).

Некоторые операции, которые особенно трудны для ребенка, можно вставлять в игровой сюжет, интересный ребенку, чтобы дать ему возможность попрактиковаться вне учебной ситуации. Сочетание четкой пространственной организации, расписаний и игровых моментов может заметно облегчить обучение аутичного ребенка навыкам бытового поведения.

Все вышеперечисленные методики были использованы мною на практике. И благодаря именно поведенческой терапии мы достигли хороших результатов в адаптации ребенка, хотя бы на уровне группы, среди остальных детей.

И делая краткий вывод из всей проделанной мной коррекционной работы, с аутичным ребенком, в данном случае с Данилом следует выделить ряд положений:

- На этапе налаживания контакта с ребенком не рекомендуется настаивать на проведении конкретных игр, выполнении определенных заданий. Будьте более чутки к реакциям ребенка, действуйте в зависимости от ситуации, его желаний и настроения. Часто он сам предлагает ту форму взаимодействия, которая в данный момент для него наиболее комфортна. Иногда, особенно на начальных этапах работы, стоит принять такое предложение ребенка (не забывая конечно о целях работы).

- Все, что происходит на занятиях должно сопровождаться эмоциональным комментарием, в ходе которого взрослый проговаривает все действия и ситуации.

- Не забывайте, что поведение ребенка во время занятия может быть самым разным. Если он вышел из состояния равновесия, следует сохранять спокойствие, не ругать, а понять, чего ребенок хочет в данный момент и постараться помочь выйти ему из состояния дискомфорта.

- Нужно быть готовым к тому, что реакция на одну и ту же игру, ситуацию у разных детей с диагнозом аутизм может быть различной: на что один отреагировал вполне дружелюбно, у другого может вызвать резко отрицательную реакцию. Мало того, дин и тот же ребенок может вести себя совершенно по разному в сходных положениях. В случае, если ребенок принял предложенное, постараться развивать ситуацию, если же возникла реакция отторжения, следует оставить игру. Безусловно это потребует от педагога и психолога гибкости, позволяющей действовать в зависимости от развития событий.

Делая краткие выводы по второй главе хочу обратить Ваше внимание на следующие аспекты:

- что для постановки диагноза РДА не существует специальных медицинских тестов;

- этот диагноз не может быть поставлен при кратком осмотре ребенка, даже комиссией специалистов;

- коррекция аутичного ребенка зависит от тяжести аутичных расстройств.

В нашем конкретном случае аутические расстройства были глубокие, и за такой короткий срок мы добились хороших результатов:

- установили эмоциональной контакт;

- заметно повысился психический тонус ребенка;

- появился интерес к выполнению заданий;

- увеличился набор выражаемых чувств;

- увеличился диапазон звуков.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В заключение необходимо подчеркнуть, что на долю родителей выпадает наиболее трудная роль по развитию и подготовке аутичного ребенка к жизни. Эффективность описанных методов коррекции возможна только при систематическом использовании в условиях домашней обстановке, при терпеливом и внимательном отношении к больному аутизмом.

Успех социальной адаптации аутичного ребенка, занимающегося в коррекционной группе либо другом специальном учреждении или на дому, тесно связан с возможностью координации действий родителей, врача, психолога и педагога.

Не каждого аутичного ребенка можно вывести на уровень массовой или вспомогательной школы. Но и в случаях, когда он остается в пределах дома, труд специалистов работающих с ним 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.

Для организации бытового поведения аутичных детей, формирования у них навыков социально-бытовой адаптации можно выделить следующие рекомендации, которые могут пригодиться родителям и педагогам аутичных детей и которые в свою очередь были использованы мной в работе:

- на начальных этапах обучения главной задачей является формирование установки на выполнение задания, усидчивости, концентрации внимания;

- следует формулировать свою просьбу четко и кратко. Не стоит повторять просьбу несколько раз подряд. Если он не реагирует на нее, следует выполнять ее вместе, либо управляя руками ребенка, либо поручая ему отдельные операции;

- при обучении навыкам бытового поведения необходимы четкая схема действий, зрительная организация материалов, отсутствие отвлекающих предметов, повторение стереотипной бытовой ситуации изо дня в день;

- в качестве подкрепления желаемого поведения ребенка можно использовать самые разнообразные развлечения, лакомства, любимые ребенком формы контакта, обычную похвалу. Важно, что ребенок сразу получал награду после подкрепляемого поведения;

- необходимо учитывать возрастные особенности. Следует чутко дозировать нагрузку, приспосабливая ее к внутреннему ритму ребенка. Не стоит лишний раз обращаться с просьбой, когда его внимание поглощено чем –то другим, лучше попробовать ненавязчиво отвлечь его и затем обратиться с просьбой;

- не стоит пытаться научить ребенка всему сразу, лучше сначала сосредоточиться на одном, наиболее доступном ему навыке, постепенно подключая его к наиболее простым операциям в других, часто повторяющихся ситуациях;

- близких не должно огорчать и раздражать то, что ребенку, казалось бы уже усвоившему необходимый навык, еще долго будет требоваться внешняя организация;

- процесс освоения аутичным ребенком необходимых бытовых навыков является длительным и постепенным и требует большого терпения от взрослых.

Говорить о социальной нише, занимаемой лицами с аутизмом, сложно: из-за больших различий в уровне интеллектуального и речевого развития этого понятия для раннего детского аутизма установить невозможно. Известны случаи, когда аутисты профессионально и успешно занимались искусством, наукой, становились людьми самых обычных (но чаще всего не требующих постоянного общения с другими людьми) профессий: садовниками, дворниками, настройщиками музыкальных инструментов, почтальонами и так далее.

Общим является то, что аутичный ребенок обучен чему-либо, то в силу своей приверженности стереотипам и в меру своих интеллектуальных возможностей он будет работать так, как его научили демонстрировать то отношение к работе, которому его научили, хотя это нисколько не исключает и творческого подхода к делу. Работать плохо аутист не может. Например, очень не легко достичь того, чтобы аутичный ребенок начал обучаться по программе массовой школы, но если это произошло, то с невыученными уроками он в школу не пойдет.

Если мы применим правильную коррекционную программу, и правильно воспитаем ребенка с синдромом раннего детского аутизма, то общество получит ответственного за свою работу человека, какой бы эта работа ни была – от физика-теоретика до уборщика мусора. В США и странах Западной Европы людей с тяжелыми формами аутизма обучают различным не престижным профессиям, и результаты оказываются лучше, чем у людей с тем же уровнем интеллекта, но без аутизма.

В нашем случае за три месяца коррекционной работы с Данилом, мы добились того, что:

- он в первую очередь, благодаря холдинг терапии, наладил контакт с родителями;

- он перестал бояться окружающих, добились контакта «глаза в глаза»;

- научили пользоваться столовыми приборами, и самостоятельному приему пищи;

- Данил научился пользоваться игрушками, применять их по назначению (раньше при виде игрушек он старался положить их в рот и жевал, а сейчас при помощи указаний взрослых он выполняет определенное действие);

- он научился одеваться самостоятельно, без посторонней помощи;

- пользоваться предметами туалета, умывается и так далее. За это время он очень привязался ко мне, и зачастую ходил по пятам, или брался за ногу и не отпускал, а если я начинала говорить, Данил смотрел на меня своими большими глазами и очень внимательно слушал…

И именно по этому я считаю, что выдвинутая нами гипотеза нашла свое подтверждение.

Я надеюсь, что дальнейшая систематическая коррекционная работа с Данилом, при ее целостном подходе, а так же при помощи родителей и педагогов будет продолжена, и мы достигнем еще более качественных результатов, что в дальнейшем пригодиться ему в нелегкой жизни…

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Баенская Е.Р. Особенности раннего аффективногот развития аутичного ребенка в возрасте от 0 до 1,5 лет // Дефектология.- 1995.-№5. с.76-83.
2. Башина В.М. Аутизм в детстве. –М.: Медецина, 1999, 221 с.
3. Башина В.М. Ранний детский аутизм // Исцеление – М., 1980, 123 с.
4. Блейлер Е. Аутическое мышление // Хрестоматия по общей психологии-М.: Изд-во МГУ, 1981. – с.112-125.
5. Богдашина О. Аутизм: определение и диагностика. Донецк, 1999, 117 с.
6. Веденина М.Ю. Использование поведенческой терапии аутичных детей для формирования навыков бытовой адаптации. // Дефектология. – 1997. с.31-40.
7. Дилигенский Н. Слово сквозь безмолвие. – М., 2000, 231 с.
8. Жукова Н.С., Мастюкова Е.М. Если Ваш ребенок отстает в развитии. – М., 1993, 124 с.
9. Журенков К. Аутизм – болезнь ХХ1 века. // Огонек. – 2001. - №22, с. 4-8.
10. Иванов Е.С. Спорные вопросы диагностики раннего детского аутизма // Детский аутизм: хрестоматия. – СПб.: МУСиР им. Р.Валленберга, 1997, 246 с.
11. Исаев Д.Н., Каган В.Е. Аутические синдромы у детей и подростков: механизмы расстрцств поведения // Патологические нарушения поведения. - Л., 1973, 251 с.
12. Каган В.Е. Аутизм у детей. – Л.: Медецина, 1981.- 190 с.
13. Каган В.Е., Исаев Д.Н. Диагностика и лечение аутизма у детей.- Л.: Ленингр. Педиатрический медицинский институт, 1976, 342 с.
14. Карвасарская И.Б. В стороне. Из опыта работы с аутичными детьми. – М., 2003, 232 с.
15. Кавасарская И.Б. Психологическая помощь семье с аутичным ребенком // Коррекционная педагогика, специальная психология. – Курск: Изд-во Курск. Гос. Ун-та, 2003. – 271 с.
16. Ковалева В,В, Психиатрия детского возраста. – М.: Медецина, 1995, 336с.

18. Кревелен В.К. К проблеме аутизма // Детский аутизм: Хрестоматия.- СПб, 1997, 236 с.

19. Кузьмина М. Аутизм // Школьный психолог. – 2000. №47-48, с.21-36.

20. Лебединская К.С. Ранний детский аутизм // Нарушение эмоционального развития как клинико-дефектологическая проблема.- М.: НИИ дефектологии РАО, 1992, 125 с.

21. Лебединская К.С., Никольская О.С. Вопросы диагностики раннего детского аутизма // Диагностика и коррекция. – М., 1988, 236 с.

22. Лебединский В.В. Нарушение психического развития у детей. – М., 1985, 124 с.

23. Либлинг М.М. Холдинг-терапия как форма психологической помощи семье аутичного ребенка // Дефектология. – 1996.- №3, с. 56-66.

24. Мастюкова Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии. – М., 1992, 222 с.

25. Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика. Ранний и дошкольный возраст. – М., 1997, 234 с.

26. Мнухин С.С., Зеленская А.Е., Исаев Д.Н. О синдроме раннего детского аутизма, или о синдроме Каннера у детей // Журнал психиатрии им. С.С,Корсакова.- 1967. - №10, с.56-78.

27. Морозов С.А. В чем отличие монаха от аутиста? // Независимая газета. -2002. № 215, 96 с.

28. Морозов С.А., Морозова Т.И. Мир за стеклянной стеной // Материнство. – 1997. № 1-6, с.12-67.

29. Начальный этап коррекционной работы с аутичным ребенком: знакомство, установление контакта // Аутизм и нарушения развития. – 2004.- №3, 336 с.

30. Никольская О.С. Аффективная сфера человека. Взгляд сквозь призму детского аутизма.- М.: Центр лечебной педагогики, 2000, 112 с.

31. Нуриева Л.Г. Развитие речи у аутичных детей. – Москва, 2003, 242 с.

32. Никольская О.С. Особенности коррекции детей страдающих ранним детским аутизмом: Авторефер. Канд. Дис. – М., 1985, 84 с.

33. Никольская О.С. Проблемы обучения аутичных детей // Дефектология.- 1995.- № 1,2. с.8-17.

34. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок: Пути помощи.- М.: Теревинф. 2000.- 336 с.

35. Парк К. Социальное развитие аутиста: глазами родителей // Московский психотерапевтический журнал.- 1994.- № 3. – с 65-95.

36. Печникова Л.С. ОГсобенности материнского отношения к детям с ранним детским аутизмом: Аврореф. Дис. Канд. Психологических наук.- М.,1997, 236 с.

37. Подготовка к обучению с ранним бетским аутизмом (начало) // Дефектология. – 1997.- № 4.- с.80-86.

38. Ранний детский аутизм. / Под ред. Т.А.Власовой, В.В.Лебединского, К.С.Лебединской.- М., 1981, 321 с.

39. Ремшмидт Х. Аутизм. Клиническое проявление, причины и лечения.- М.: Медицина, 2003, 126 с.

40. Рычкова Н.А. Диагностика, коррекция психопрофилактика.- М.: Гном и Д., 2000, 231 с.

41. Соколова Н. Секрет «Человека дождя» // Семейная психология. – 2002.- № 22, с. 56-98.

420. Сошинский С.А. Как зажигается свеча (отрывок из книги) // Аутизм и нарушения развития.- 2004.- № 3, с.24-33.

43. Ульянова Р.К. Дошкольное воспитание аутичных детей // Дефектология.- 1988.- № 4. с.66-70.

44. Ульянова Р.К. Проблемы коррекционной работы с аутичными детьми // Педагогический поиск.- 1999.- № 9, с.11- 29.

45. Христофоров В. Люди дождя // Медицинская газета.- 2003. №95 (24 декабря), с.88

46. Хаустова В. Основные этапы и особенности развития игровой деятельности в норме и при аутических нарушениях // Аутизм и нарушение развития.- 2004.- № 3, 112 с.

47. Холдинг терапия как форма психологической помощи семье саутичным ребенком // Дефектология.- 1996.-№3.- с.58-69.

48. Шипицина Л.М. Детский аутизм.- М.: Дидактика Плюс, 2001, 97 с.

49. Шоплер Э., Ланзирд М., Ватерс Л. Поддержка аутичных детей. Сборник упражнений для специалистов и родителей.- Минск: Изд-во БелАПДИ, 1997, 119 с.

50. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция.- М.: МГУ, 1990.- 197 с.

51. Янушко Е.А. Игры с аутичным ребенком. Установление контакта, способы взаимодействия, развитие речи, психотерапия.- М.: Теревинф, 2004, 238 с.

**ПРИЛОЖЕНИЯ**

**ПРИЛОЖЕНИЕ 1**

**Игры с красками «Цветная вода».**

Для проведения игры потребуются:

- акварельные краски,

- кисточки,

- прозрачные стаканы (в дальнейшем количество которых может быть любым).

Стаканы наполняются водой и расставляются на столе, затем в них поочередно разводятся краски разных цветов. Обычно ребенок следит за тем, как облачко краски постепенно растворяется в воде. Можно разнообразить эффект и в следующем стакане развести краску быстро, помешивая кисточкой, ребенок же своей реакцией даст Вам понять какой из способов ему понравился больше.

Когда увлеченность общим сенсорным эффектом станет ослабевать, можно приступать к расширению игры. Используя стаканчики разных размеров, можно знакомить ребенка с понятием величины; меняя количество стаканчиков обучать счету и т.д.

**ПРИЛОЖЕНИЕ 2**

**ИГРЫ С ВОДОЙ.**

Предлагаю следующие варианты игры:

1. Чтобы ребенку удобнее было достать до крана, подвиньте к раковине стул. Достаньте заранее приготовленные пластиковые бутылки и пузырьки, наполняйте их водой из под крана: «Буль- Буль, потекла водичка. Вот пустая бутылочка, а теперь полная». Можно переливать воду из одной посуды в другую, сделать «фонтан», подставив под струю воды пузырек с узким горлышком; обычно такой эффект приводит детей в восторг.
2. Наполнив водой таз, организуйте игру в «бассейн», в котором учатся плавать игрушки (возможно в том случае, если у ребенка есть опыт посещения бассейна).
3. Наполненный водой таз теперь станет «озером», в котором плавают рыбки или уточки.
4. «Купание кукол». Искупайте кукол – голышей в теплой водичке, потрите их мылом, заверните в полотенце, сопровождайте свои действия словами: «А сейчас будем купать. Нальем в ванночку теплой водички, попробуй ручкой водичку, теплая? Отлично. А вот наши куколки. Как их зовут? Это Катя, а это Миша. Кто первый будет купаться? Катя? Хорошо. Давай спросим у Кати нравится ей водичка, хорошо ей? Не горячо? » и т.д.
5. «Мытье посуды». Можно вымыть посуду после кукольного обеда.