# Содержание

Введение

1 Современное понимание проблемы раннего детского аутизма и его коррекции

2 Теоретический анализ основных подходов к коррекции раннего детского аутизма в отечественной дефектологии

2.1 Понимание помощи детям с ранним детским аутизмом в отечественной дефектологии

2.2 Современные отечественные подходы к диагностике и коррекции раннего детского аутизма

Заключение

Список литературы

# Введение

Детский аутизм - проблема не новая на сегодняшний день. И в нашей стране, и за рубежом за последние годы появилось много новых оригинальных исследований, посвященных проблемам этиологии, патогенеза детского аутизма, проявлениям аутистических состояний в различных клинических структурах.

В ряде стран были проведены исследования по выявлению распространенности детского аутизма. Установлено, что данный синдром встречается примерно в 3-6 случаях на 10000 детей, обнаруживаясь у мальчиков в 3-4 раза чаще, чем у девочек[[1]](#footnote-1).

Часто подчеркивается, что вокруг этого «чистого» клинического синдрома группируются множественные случаи сходных нарушений в развитии коммуникации и социальной адаптации.

В результате современные клинические классификации включают детский аутизм в группу первазивных (всепроникающих) расстройств, проявляющихся в нарушении развития практически всех сторон психики: когнитивной и аффективной сферы: внимания, памяти, речи, мышления; сенсорики и моторики и т. д.

В настоящее время становится все более понятным, что детский аутизм не является проблемой одного только детского возраста. Трудности коммуникации и социальной адаптации меняют форму, но не уходят с годами, и помощь и поддержка должны сопровождать человека, страдающего аутизмом, всю жизнь.

Понимание современных подходов к определению раннего детского аутизма вряд ли возможно без краткого экскурса в историю вопроса об аутизме в детстве. Можно назвать 4 основных этапа в становлении этой проблемы. Первый, донозологический период конца 19 - начала 20 веков характеризуется отдельными упоминаниями о детях со стремлением к уходам и одиночеству. Второй, 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). Третий, 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.

Цель работы – изучить методы и особенности работы практического психолога в области помощи ребенку с аутизмом.

Задачи работы:

1) охарактеризовать современное понимание проблемы раннего детского аутизма и его коррекции;

2) обосновать понимание помощи детям с ранним детским аутизмом в отечественной дефектологии;

3) рассмотреть современные отечественные подходы к диагностике и коррекции раннего детского аутизма.

## 1 СОВРЕМЕННОЕ ПОНИМАНИЕ ПРОБЛЕМЫ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА И ЕГО КОРРЕКЦИИ

В настоящее время большинство авторов полагают, что аутизм является следствием особой патологии, в основе которой лежит недостаточность центральной нервной системы. Был выдвинут ряд гипотез о характере этой недостаточности, ее возможной локализации, ведутся интенсивные исследования по их проверке, но однозначных ответов пока нет. Известно только, что у аутичных детей признаки мозговой дисфункции наблюдаются чаще обычного, у них нередко проявляются нарушения биохимического обмена. Недостаточность может быть вызвана широким кругом причин:

1. генетической обусловленностью,
2. хромосомными аномалиями,
3. врожденными обменными нарушениями,
4. патологией беременности и родов,
5. последствиями нейроинфекций,
6. ранним шизофреническим процессом.

Таким образом, специалисты указывают на полиэтиологию (множественность причин возникновения) синдрома раннего детского аутизма, и его полинозологию (проявление в рамках разных патологий).

В. Е. Каган предлагает следующее определение аутизма (исходя из рассмотрения общения, как функции психики): аутизм, как психопатологический синдром, характеризуется недостаточностью общения, формирующейся на основе первичных структурных нарушений или неравномерности развития предпосылок общения и вторичной утраты регулятивного влияния общения на мышление и поведение. Под предпосылками общения понимается:

* 1. возможность адекватного восприятия и интерпретации информации;
	2. достаточность и адекватность выразительных средств общения;
	3. взаимопонимание с его регулирующим влиянием на мышление и поведение;
	4. возможность адекватного планирования и гибкого варьирования поведения, выбора способа и стиля общения.

Одним из наиболее важных вопросов в рамках проблемы аутизма является вопрос дифференциальной диагностики аутистических состояний различного происхождения. Важность его подчеркивается многими исследователями и определяется необходимостью выработки для каждого конкретного случая лечебных и психолого-педагогических коррекционных стратегий. Важность дифференциального диагноза, по мнению В. Е. Кагана, определяется тем, что дети с аутистическими проявлениями обоснованно составляют группу повышенного риска развития шизофрении.

В качестве важнейших критериев диагностики раннего детского аутизма указывается:

1. Время появления первых симптомов в возрасте не позднее 30 месяцев;
2. Основополагающая недостаточность реакций на окружение;
3. Дефицитарность речевого развития;
4. В случае наличия речи - ее своеобразие, например, отставленные эхолалии, метафорический язык, искаженное использование личных местоимений;
5. Причудливость реакций на окружение: сопротивление изменениям, своеобразное, заинтересованное отношение к отдельным, одушевленным или неодушевленным объектам;
6. Отсутствие бреда и галлюцинаций. Ассоциативная слабость и бессвязность, как при шизофрении.

Как указывает большинство исследователей (В. Е. Каган, Т. Питерс) в первую очередь дифференциальный диагноз проводится с шизофреническим расстройством, возникающем в раннем детском возрасте. Далее – ранний детский аутизм отграничивается от умственной отсталости, от нарушений поведенческого плана, расстройств развития речевой функции, врожденной глухоты и дезинтегративного (регрессивного) психоза.

Ранняя и дифференциальная диагностика раннего детского аутизма часто может определить пути психического развития и социальной адаптации ребенка с аутистическими проявлениями, так как своевременное начало психолого-педагогической коррекционной работы в сочетании, в случае крайней необходимости, с лекарственной терапией, способствует максимальной мобилизации имеющихся ресурсов психической активности ребенка: эмоциональной, когнитивной, моторной сфер.

Холдинг терапия – «форсированная поддержка» как метод коррекционной работы была впервые предложена М. Welch. Этот метод состоит в попытке форсированного, почти насильственного образования физической связи между матерью и ребенком, т. к. именно отсутствие этой связи считается сторонниками этого метода центральным нарушением при аутизме.

Назначение холдинг терапии - пробиться через неприятие ребенком матери и развить в нем ощущение и привычку чувствовать себя комфортно. Этот подход включает также большую работу с родителями по разъяснению необходимости приучения ребенка к контакту с усиленным включением тактильных ощущений до тех пор, пока он не почувствует удовольствие от такого общения, несмотря на свое начальное отторжение. Специалисты советуют матерям во время тактильного контакта с ребенком говорить ему о своих чувствах, включая даже проявление гнева на его сопротивление.

Различают систематические удерживающие упражнения, проводимые ежедневно, и специально организованные упражнения, которые проводятся в состоянии возбуждения у ребенка или из-за каких-либо других изменений его эмоционального поведения. В первые месяцы ребенку с аутизмом эти упражнения крайне неприятны, и он сопротивляется до тех пор, пока не обессилит. Крайне важно преодолеть детское сопротивление, что является критическим периодом дальнейшей эффективности предпринимаемой терапии. Авторы метода считают, что для того, чтобы ощутить комфортное состояние, надо испытать чувство дискомфорта. А для того, чтобы почувствовать защищенность, надо испытать состояние беззащитности. Мать должна четко контролировать и предотвращать на вербальном и действенном уровне любую попытку ребенка причинить ей вред, но в то же время она должна продолжать упражнения. Именно в этом заключается двойственность ее роли. С одной стороны мать, должна дать ребенку почувствовать свою исключительность, и в этом отношении проявлять себя как сильная личность, а с другой стороны, - она должна выступать в роли защитницы. Занятие с ребенком заканчивается после того, как стороны пришли к соглашению, то есть после того, как ребенок прошел через этап истощения и подчинения, что позволило матери предоставить ребенку комфортные условия покоя или спокойной непродолжительной игры. Она и сама в этот момент находится в состоянии истощения как физически, так и эмоционально. Такое занятие занимает обычно не менее часа, а зачастую и гораздо больше.

Несомненно, совместный опыт матери и ребенка, приобретаемый в процессе таких занятий, формирует возрастающее чувство взаимной привязанности и, как результат, закрепляет коррекционное воздействие на ребенка. Холдинг-терапия вызывает множество споров среди специалистов и на данный момент не оценивается однозначно. Но, необходимо отметить, что холдинг-терапия, проводимая согласно всем правилам и подкрепляемая другими формами работы, действительно дает очень хорошие результаты.

**2 Теоретический анализ основных подходов к коррекции раннего детского аутизма в отечественной дефектологии**

##

## 2.1 Понимание помощи детям с ранним детским аутизмом в отечественной дефектологии

В 20-х годах XX века В. П. Осипов рассматривал аутизм как «разобщенность больных с внешним миром».

В. А. Гиляровский говорил об аутизме как «своеобразном нарушении сознания самого «Я» и всей личности с нарушением нормальных установок к окружающему», при этом подчеркивая, что такие больные замкнуты и отчуждены от всего остального.

Начало системного подхода к изучению проявлений аутизма у детей принято относить к 30-40 г.г., когда аутистические состояния были описаны в клинике детской шизофрении, психозов, нарушений, имеющих в своей основе органические поражения или недоразвитие центральной нервной системы (М. О. Гуревич, 1925, 1927, Г. Е. Сухарева 1925, Н. И. Озерецкий 1938 и др.).

Большой вклад в обоснование медико-социального взгляда на данную проблему внес Л.С. Выготский. Он дал наиболее полное определение своеобразия развития личности аутичного ребенка, которая, с его точки зрения, формируется в процессе взаимодействия биологических, социальных, психолого-педагогических факторов. Смысл организованного воздействия он видел в помощи развитию личности[[2]](#footnote-2). Л.С. Выготский говорил о том, что наличие большого резерва здоровых, незатронутых задатков, неравномерное (с точки зрения глубины) распространение дефективности на разные стороны психической деятельности открывают большие возможности для социальной адаптации и реабилитации и дальнейшего развития при определенных благоприятных условиях, при активном использовании возможностей социальной защиты и образования при поддержке взрослых. Именно в этих условиях скрытые перспективные возможности ребенка он назвал зоной ближайшего развития. Более того, Л.С. Выготский сформулировал понятие первичных и вторичных дефектов как основы для построения системы коррекционно-воспитательной работы с ребенком в игровой, учебной и других видах деятельности (первичные – связаны с материальной основой умственной отсталости, вторичные – продукт особого положения, которое занимает умственно отсталый ребенок в социальной среде вследствие патологического развития).

Такое понимание сущности и методов коррекционной работы очень близко к современному пониманию социальной реабилитации.

Л.С. Выготский критикует идеализм в вопросах компенсации, в частности утверждение, что в самом организме возбуждаются силы, стремящиеся устранить те препятствия к участию в жизни, которые обусловливаются имеющимися дефектами. Он высказывает мысль о том, что стимулы к совершенствованию и компенсации возникают тогда, когда наступает конфликт между требованиями, предъявляемыми к аномальному ребенку, и его возможностями.

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

Лучше всего разработанной отечественной теорией, которая считает причиной всех проявлений аутизма - эмоциональные нарушения, можно назвать теорию В.В. Лебединского, О.С. Никольской, Е.Р. Баенской, М.М. Либлинг[[3]](#footnote-3), 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 функцийэто 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.

К. С. Лебединская предлагает следующую классификацию раннего детского аутизма:

1. 1 группа - с преобладанием отрешенности от окружающего;
2. 2 группа - с преобладанием аутического отвержения окружающего;
3. 3 группа - с преобладанием аутистического замещения окружающего;
4. 4 группа - с преобладанием сверхтормозимости в отношениях с окружающим.

1 группа - с преобладанием отрешенности от окружающего: наличием полевого поведения (нецеленаправленного дрейфа от одного объекта к другому, карабканья по мебели, туловищу взрослого, длительного пассивного созерцания беспредметных объектов; случайных непроизвольных действий, указывающих на определенное запечатление окружающего и ориентацию в пространстве; ритмические вокализации). На первом году у этих детей отмечалась гиперсензитивность к сенсорному и аффективному дискомфорту, перемене обстановки. Имелось опережающее развитие речи. На втором году, чаще после соматического заболевания, психогении, возникал и резкий, нередко катастрофический распад речи, навыков, отмечалось нарастание аспонтанности, потеря визуального контакта, реакций на обращение, физический дискомфорт. Эти проявления позволили квалифицировать данный вариант аутического дизонтогенеза как регрессивный. Нозологически, здесь речь идет скорее о злокачественно текущей шизофрении.

2 группа - с преобладанием аутического отвержения окружающего: одержимостью двигательными, сенсорными, речевыми стериотипиями, импульсивными действиями, однообразием игры с привлечением неигровых предметов, выраженностью нарушений чувства самосохранения, «феноменом тождества», многочисленными страхами гиперсензитивного характера, симбиотической связью с матерью, а также нередко отставанием в психическом развитии. В первые месяцы жизни отмечается нарушения витальных функций, чаще по типу гипервозбудимости, иногда - редкие судорожные припадки. Этот вариант раннего детского аутизма может быть обусловлен как шизофренией, так и органическим поражением ЦНС.

3 группа - с преобладанием аутистического замещения окружающего сверхценными пристрастиями, особыми, отвлеченного характера, интересами и фантазиями, расторможенностью влечений. Страхи носят бредоподобный характер. В сюжете игры, в отношении к близким может выступать агрессивность. Отмечается слабость эмоциональных привязанностей. На первом году жизни типичен мышечный гипертонус, напряженность или сопротивление при взятии на руки. Нозологическая квалификация этой группы представляет определенные трудности - речь может идти как о вялотекущей шизофрении, так и об аутистической психопатии (вариант синдрома Аспергера).

4 группа - с преобладанием сверхтормозимости в отношениях с окружающим миром, ранимости, пугливости. Характерны пониженный фон настроения, сверхценные страхи, тихая малоподвижная игра; нарастание боязливости и скованности при малейшем изменении привычного стереотипа. Интересы (к природе, музыке) и сюжеты фантазий обнаруживают стремление к уходу от непосильных нагрузок реальности. Типичны заторможенность, моторная неловкость, неуверенность в движениях. На первом году жизни отмечается мышечный гипотонус, слабость реакций на физический дискомфорт, неустойчивость настроения; метео-и вегетативная лабильность, физическая и психическая истощаемость. Сверхпривязанность к матери - не только как к источнику защиты, но и к эмоциональному донору и посреднику в трудных социальных контактах. Данный вариант раннего детского аутизма с нозологических позиций может, очевидно, представлять собой особую форму конституциональной аномалии развития (истинный синдром Каннера), а при легкой выраженности - вариант аутистической психопатии Аспергера.

В современном понимании коррекционно-воспитательная работа представляет собой систему психолого-педагогических и медицинских мероприятий, направленных на преодоление или ослабление недостатков в психическом и (или) физическом развитии детей[[4]](#footnote-4).

Коррекционно-воспитательную работу характеризуют такие черты, как:

1. целостность (все проводимые мероприятия адресуются к личности ребенка в целом);
2. системность (все мероприятия проводятся в системе, во взаимосвязи друг с другом и рассчитаны на длительное время);
3. комплексность (все используемые средства обеспечивают возможность оказывать коррекционное воздействие как на физическое развитие ребенка, так и на развитие психических процессов и функций, эмоционально-волевой сферы, личности ребенка в целом);
4. связь с социальной средой (расширение границ проведения коррекционно-воспитательной работы за пределы учреждения, и включение в нее той социальной среды, в которой воспитывается ребенок).

Исследования таких ученых, как Л. С. Выготский, А. Н. Граборов, Г. М. Дульнев и опыт коррекционной работы показывают, что в основу такой работы должны быть положены следующие принципы:

* 1. принцип принятия ребенка (реализация принципа предполагает формирование правильной атмосферы в среде, где воспитывается ребенок. Уважение к ребенку, наряду с разумной требовательностью, вера в его возможности развития и стремление в наибольшей мере развить его потенциальные возможности - основные условия в создании наиболее благоприятной для ребенка атмосферы);
	2. принцип помощи (этот принцип применим к воспитанию любого ребенка, однако при работе с детьми с ограниченными возможностями он имеет особое значение, так как такой ребенок без специально организованной помощи не сможет достичь оптимального для него уровня психического и физического развития);
	3. принцип индивидуального подхода (принцип показывает, что ребенок имеет право развиваться в соответствии со своими психофизическими особенностями. Его реализация предполагает возможность достичь ребенком потенциального уровня развития через приведение содержания, методов, средств, организации процессов воспитания и обучения в соответствие с его индивидуальными возможностями);
	4. принцип единства медицинских и психолого-педагогических воздействий (медицинские мероприятия создают благоприятные условия для психолого-педагогического воздействия и только в сочетании с ними могут обеспечить высокую эффективность коррекционно-воспитательной работы с каждым ребенком);
	5. принцип сотрудничества с семьей (создание комфортной атмосферы в семье, наличие правильного отношения к ребенку, единство требований, предъявляемых ребенку будут способствовать более успешному его физическому и психическому развитию).

Построение коррекционно-воспитательной работы с детьми в соответствии с названными принципами обеспечит наиболее полное раскрытие потенциальных возможностей развития каждого ребенка.

##

## 2.2 Современные отечественные подходы к диагностике и коррекции раннего детского аутизма

Благодаря прогрессу в раннем выявлении тенденций аутистического развития в последнее время за помощью все чаще обращаются родители детей раннего возраста. Опыт показывает, что при раннем начале коррекционной работы можно успешно противостоять даже максимально выраженным тенденциям формирования наиболее глубоких форм аутизма, описанным Е.Р. Баенской[[5]](#footnote-5).

Е.С. Иванов так же акцентирует внимание именно на ранней диагностике, задачей которой должна быть дифференциация раннего детского аутизма от синдромов аутизма при других заболеваниях и состояниях психического недоразвития. По его мнению, дифференциальная диагностика должна быть основана на знании ядерных проявлений раннего детского аутизма как искаженного психического развития, на знании этапов нормального психического развития ребенка. Ранняя диагностика раннего детского аутизма представляется возможной, т. к. синдром Каннера с соответственно оформленным симптомокомплексом проявляется уже в раннем детском возрасте. Диагностика должна проводиться очень осторожно и тщательно, симптоматика не должна заслонять от исследователя личность самого ребенка. В случае затруднения в постановке диагноза, ребенок должен быть определен в группу риска и находиться под динамическим наблюдением врача-психоневролога и специального психолога. (Е. С. Иванов).

Среди критериев дифференциальной диагностики в отечественных исследованиях решающее значение отводится динамическому наблюдению. Вопросы дифференциальной диагностики раннего детского аутизма получили подробное освещение в работах С. С. Мнухина, Д. Н. Исаева, где аутизм характеризуется как разновидность астено-тонической формы резидуально-органических расстройств психики и описывается дифференцировано при шизофрении и других заболеваниях.

Развитие эмоционального взаимодействия с внешним миром позволяет уменьшить аутистические и негативистические установки, преодолеть агрессивные тенденции ребенка. Нарушение общения у аутичного ребенка связано с формированием у него аутистического барьера, защищающего его от болезненных контактов, и вследствие этого повышенной ранимостью такого ребенка и, естественно, выработкой им форм защитной гиперкомпенсации аутизма – стереотипности и аутостимуляции. Видными учеными В.В. Лебединским и О.С.Никольской[[6]](#footnote-6) сформулированы правила единого подхода к восстановлению аффективной связи с такими детьми:

1. первоначально не должно быть давления и прямого обращения;
2. первые контакты следует организовывать на адекватном для ребенка уровне в рамках его активности;
3. нужно поддерживать собственную положительную валентность;
4. следует разнообразить привычные удовольствия ребенка, усилить их заражением собственной радостью;
5. не нужно форсировать потребность ребенка в аффективном контакте;
6. можно начинать усложнять формы контактов только после закрепления у ребенка потребности в контакте, когда взрослый становится положительным аффективным центром ситуации;
7. усложнение вести только через введение новых деталей в структуру существующих форм;
8. важно осуществлять дозирование контактов;
9. при достижении аффективной связи с ребенком он становится более доверчивым, его надо беречь от конфликта с близкими;
10. по мере установления контакта его внимание постепенно направляется на процесс, тем самым появляется уверенность в результатах совместного контакта.

Самое важное в работе с такими детьми – это общение с родителями, которое может выявить все особенности развития в раннем детстве, в первую очередь это навыки и умения, привязанности и привычки ребенка. Важным является наблюдение, которое в разных ситуациях и при знакомстве с разными пристрастиями ребенка, его коммуникативными и моторными особенностями, игровыми возможностями, уровнем развития навыков самообслуживания и социальных построений программ дает самые положительные результаты.

Социальное воспитание аутичных детей строится в зависимости от типа их поведения. Российские ученые и психологи различают четыре поведенческие группы. По классификации О.С. Никольской[[7]](#footnote-7) они определяются следующими факторами: тяжестью и глубиной психофизических расстройств, максимально ранней диагностикой, активной развивающей средой, включением в активную работу родителей в качестве сотерапевтов.

Из методического обеспечения, разработанного отечественными авторами, имеет опыт применения методика комплексной медико-психолого-педагогической коррекции, в которой представлены практические советы по оказанию помощи аутичным детям и их семьям. В рамках данного подхода коррекционная работа направлена на развитие эмоционального контакта и взаимодействие ребенка со взрослым и средой, формирование внутренних адаптивных механизмов, что повышает общую социальную адаптацию аутичного ребенка.

Многие специалисты отмечают важность использования музыкальных средств в коррекционной работе с аутичными детьми. Это направление выделяется как «Подкрепленная музыкой коммуникативная терапия».

Этот метод берет начало в подходе, который предполагает, что нормально развивающиеся младенцы чрезвычайно предприимчивы в своих социальных взаимоотношениях. Младенец от рождения обладает способностью использовать невербальные навыки общения, такие, контакт глаз, хватание, положение головы и тела, улыбка. Таким образом, ребенок способен не только сам реагировать на взрослого, но и предлагает взрослому откликнуться на его призывы[[8]](#footnote-8).

Целью программы является предоставление аутичному ребенку определенных рамок, в которых он мог бы почувствовать свои возможности, которые для нормального младенца являются естественным видом коммуникации, и таким образом создать паттерн диалогического общения для дальнейшего речевого развития. Эта терапия пытается создать что-то вроде диалога с ребенком любым способом, в котором предложения к контакту могут поступать с обеих сторон. Большая часть этого обмена информацией в основном осуществляется в понятиях языка телодвижений, включая бег, прыжки, а также вокал, вдохи, визуальный контакт и зрительное сосредоточение на одних и тех же объектах, таких, как шелковый шарф, размещенный между взрослым и ребенком, воздушный шарик, диванная подушка и т. д. Со временем взрослые начинают обозначать пением действия ребенка, придавая словам одобрительный оттенок, значимость и силу.

Данный вид терапии отличается от традиционной музыкотерапии тем, что здесь основная цель музыкального воздействия заключается в создании отношений не между музыкой и ребенком, а между ребенком и тем значимым для него человеком, с которым он проводит все свое время.

Совместные занятия ребенка с учителем и музыкотерапевтом позволяют: во-первых, формировать навыки музыкальной помощи в общении, которое более всего на данный момент необходимо ребенку. Учитель в дальнейшем может использовать в своей работе ритмы и диалоги, проработанные в музыкальной комнате. Причина, по которой музыка становится помощником, объясняется тем, что она более гибкая, чем разговорный язык, особенно, если используется в сочетании с движениями.

С помощью музыкальной коммуникативной терапии до ребенка пытаются довести практическое понимание того, что и диалог, и взаимодействие возможны, и ввести его в состояние поддерживания этого типа общения через опыт, который сам по себе является аналогом активной речи.

Лингвистические навыки устной или жестовой речи накладываются на те рамки, которые созданы этой предварительной работой и, как оказалось, обучение речи идет с большей гибкостью и социальным отзвуком, чем когда работают только по линии коррекции поведения.

Музыкальная коммуникативная терапия пригодна для любого ребенка с аутизмом, вне зависимости от тяжести нарушения или от уровня развития интеллекта.

Одним из важнейших направлений в коррекционной работе с аутичными детьми является по мнению Р. К. Ульяновой развитие общей и мелкой моторики[[9]](#footnote-9). Обосновано это тем, что практически у всех аутичных детей отмечаются те или иные моторные нарушения: общая неловкость, недостаточно координированная походка, дети не умеют прыгать, стоять на одной ноге, не в состоянии перешагнуть через препятствие, бросить мяч в цель, поймать его. Тонкие целенаправленные движения (нанизывание бус, шариков, колец пирамидки, складывание мозаики, попытка поставить цветы в вазу, вдевание нитки даже в большое ушко иголки, застегивание пуговиц) вызывают большие затруднения. У детей нарушено чувство ритма, им трудно ходить под музыку, выполнять под нее движения. У большинства из них отсутствуют навыки самообслуживания.

Особые трудности аутичные дети испытывают при овладении графическими навыками. Наблюдается некоординированность движений руки, что ведет к искажению начертания буквы, к неровности нажима, неравномерности расположения букв в слове.

Для коррекции общей моторики рекомендуется использовать самые разнообразные упражнения - бег, прыжки, кувырки и т. д. Упражнения могут проводиться как в спортивном комплексе, так и на природе. Также хороши разнообразные подвижные игры - бег по склону, ходьба по бревну, игра в прятки (прятаться за деревом), бросание шишек в цель, игры «Кто бросит выше?», «Кто бросит точнее?» (надо попасть в дерево). Полезно аутичным детям находиться и двигаться в воде.

Занятия физическими упражнениями должны быть включены в общее расписание дня ребенка.

Упражнение вводится постепенно. Например, чтобы обучить игре в мяч, сначала надо поиграть с воздушным шариком. Освоив игры с шаром, ребенок овладевает умением бросать мяч, катить его, ловить, бросать в корзину, сквозь обруч, расположенный на уровне рук, сбивать им со стены предметы - картонное яблоко, круг, перебрасывать мяч через веревочку, сбивать кегли. Играя с ребенком в любую спортивную игру, взрослый должен учитывать моторную неловкость ребенка и незаметно для него помогать ему.

Занятия проходят в атмосфере благожелательности, дети должны испытывать только положительные эмоции. Этому может способствовать использование стихов, считалок, песенок.

Первое взаимодействие с аутичным ребенком строится при опоре только на его интересы. У детей часто обнаруживается интерес к мелким сыпучим предметам. Пересыпая горох, можно имитировать падение капель, сопровождая действие несложным вербальным сопровождением.

Очень полезны действия с пластилином, при этом следует обращать внимание, чтобы в результате несложной для ребенка деятельности получилась какая-либо поделка.

Нетрудно изготовлять и красивые поделки, комбинируя пластилин с природным материалом (мох, желуди, ягоды, арбузные семечки, крылатки клена, листья, шишки, каштаны и т. д.), вызывающим обычно интерес у ребенка.

Также широко используются различные пальчиковые игры, игра в «волшебный мешочек», нанизывания бус, манипуляции с мелкими предметами.

Детям с более тяжелыми нарушениями тонкой моторики можно давать пересыпать ложкой или совочком горох, крупу из одной миски в другую: ребенка могут занять игры с песком на площадке.

Огромное значение для развития тонких движений имеет работа с бумагой. Сначала совместно изучаются свойства бумаги: бумага мнется, рвется, складывается, режется, ее можно склеивать. Далее проводятся различные игры с бумагой, изготавливаются поделки. Отмечено, что многие аутичные дети, преодолевая серьезные трудности в моторике, могут достичь достаточно высокой степени организации деятельности, благодаря чему создается база для более успешного обучения в школе[[10]](#footnote-10).

По настоящее время, помощь больным с ранним детским аутизмом осуществляется преимущественно в больницах, пребывание в которых длительные сроки ведет к социальной депривации, явлениям госпитализма. Тогда как организация специализированной лечебно-коррекционной реабилитации ведет к социальному приспособлению более трети детей с ранним детским аутизмом. Эти виды помощи создают условия и для возможности принимать участие в общественно полезном труде и родителям детей аутистов. Предлагаемые формы помощи являются и более экономичными, гуманными и лежат в основе профилактики (вторичного характера) форм психического недоразвития у детей аутистов

К сожалению, на сегодняшний день в специальной литературе предлагаются в основном отдельные направления работы с аутичными детьми. Однако, с другой стороны это дает практикующему специалисту свободу выбора, возможность сочетания различных рекомендаций для работы с каждым конкретным ребенком.

**Заключение**

Таким образом, в детской психиатрии к настоящему времени выделены два основных направления исследований: «Нарушения поведения», «Задержки психического развития». Поскольку при раннем детском аутизме (РДА) формируются личностные аномалии, сочетающиеся с расстройствами поведения и повреждением умственного развития, проблема аутизма в детстве сохраняет свою значимость и может быть отнесена к кругу приоритетных программ.

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 лет, прошедших со времени его описания Kanner L. в 1943 году.

По данным психиатров Германии, США, Японии частота встречаемости РДА исчисляется от 4 до 1 б 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[[11]](#footnote-11).

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.

**Список литературы**

1. Аршатская О.С. Психологическая помощь ребенку раннего возраста с тенденцией формирования детского аутизма: совместная работа специалистов и родителей // Альманах Института Коррекционной педагогики РАО. – 2004. - № 8.

Баенская Е.Р. Особенности раннего аффективного развития аутичного ребенка в возрасте от 0 до 1,5 лет // Альманах ИКП РАО. — 2001. — № 3.

Башина В. М. Ранний детский аутизм/Исцеление: Альманах. — М.: Медицина, 1994.

1. Бычкова Е. Дети дождя: все об аутизме // Няня. – 2001. - № 12.

Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. - М.: БЕК, 1990.

1. Начальный этап коррекционной работы с аутичным ребенком: знакомство, установление контакта // Научно-практический журнал «Аутизм и нарушения развития». - №3. - 2004.

Никольская О. С. Психологическая коррекция раннего детского аутизма // Невралгия и психиатрия. - 2000. - № 10.

Никольская О. С., Лебединский В. В., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. - М.: Медицина, 2003.

1. Ульянова Р.К. Проблемы коррекционной работы с аутичными детьми // Педагогический поиск. - № 9. - 1999.
2. Янушко Е.А. Игры с аутичным ребенком. Установление контакта, способы взаимодействия, развитие речи, психотерапия. - М.: Теревинф, 2004.
1. Бычкова Е. Дети дождя: все об аутизме // Няня. – 2001. - № 12. С. 14. [↑](#footnote-ref-1)
2. Ульянова Р.К. Проблемы коррекционной работы с аутичными детьми // Педагогический поиск. - № 9. - 1999. С. 11. [↑](#footnote-ref-2)
3. Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. - М.: БЕК, 1990. [↑](#footnote-ref-3)
4. Начальный этап коррекционной работы с аутичным ребенком: знакомство, установление контакта // Научно-практический журнал «Аутизм и нарушения развития». - №3. - 2004. С. 26. [↑](#footnote-ref-4)
5. Баенская Е.Р. Особенности раннего аффективного развития аутичного ребенка в возрасте от 0 до 1,5 лет

// Альманах ИКП РАО. — 2001. — № 3. [↑](#footnote-ref-5)
6. Никольская О. С., Лебединский В. В., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. - М.: Медицина, 2003. С. 127. [↑](#footnote-ref-6)
7. Никольская О. С. Психологическая коррекция раннего детского аутизма // Невралгия и психиатрия. - 2000. - № 10. [↑](#footnote-ref-7)
8. Аршатская О.С. Психологическая помощь ребенку раннего возраста с тенденцией формирования детского аутизма: совместная работа специалистов и родителей // Альманах Института Коррекционной педагогики РАО. – 2004. - № 8. [↑](#footnote-ref-8)
9. Ульянова Р.К. Проблемы коррекционной работы с аутичными детьми // Педагогический поиск. - № 9. - 2001. [↑](#footnote-ref-9)
10. Янушко Е.А. Игры с аутичным ребенком. Установление контакта, способы взаимодействия, развитие речи, психотерапия. - М.: Теревинф, 2004. С. 138. [↑](#footnote-ref-10)
11. Башина В. М. Ранний детский аутизм/Исцеление: Альманах. — М.: Медицина, 1994. С. 154. [↑](#footnote-ref-11)