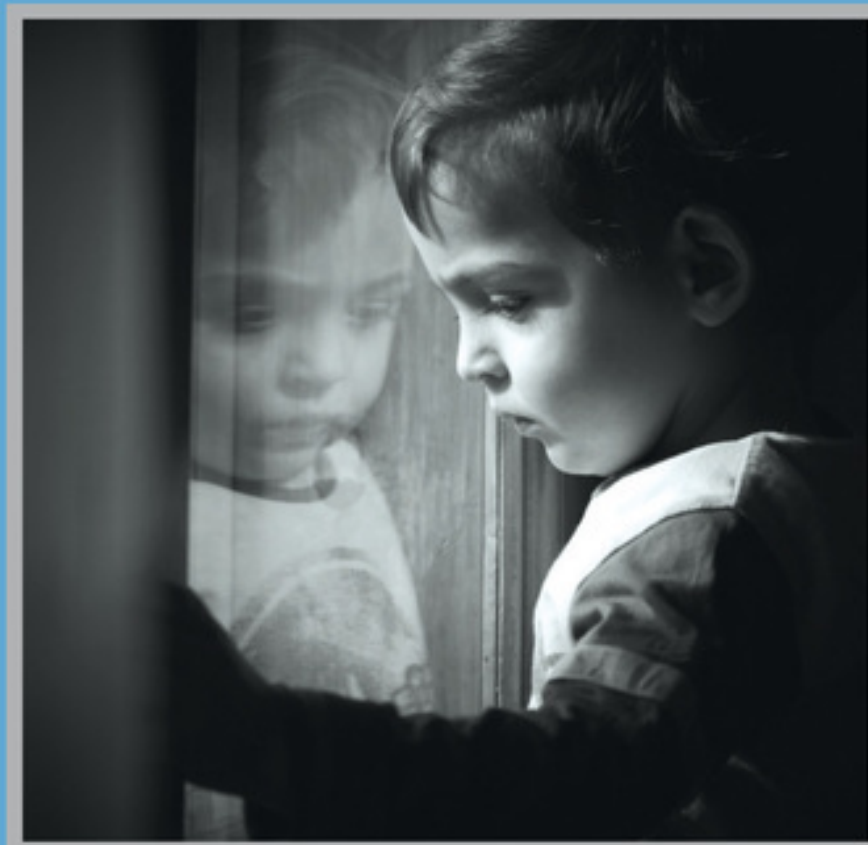


**О.С. Рудик**

# Коррекционная работа с аутичным ребенком



ГУМАНИТАРНЫЙ ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР



**ВЛАДОС**

Коррекционная педагогика (Владос)

Ольга Рудик

**Коррекционная работа  
с аутичным ребенком**

«ВЛАДОС»

2014

УДК 376.1-056.3  
ББК 74.59

**Рудик О. С.**

Коррекционная работа с аутичным ребенком / О. С. Рудик —  
«ВЛАДОС», 2014 — (Коррекционная педагогика (Владос))

ISBN 978-5-691-02065-0

В пособии раскрывается одна из наиболее важных проблем в отклонениях развития – аутизм. Представлена информация об особенностях психического развития детей с ранним аутизмом, клинико-психологической классификации, сравнительная характеристика развития моторики, речи нормально развивающегося ребенка и ребенка с РДА, о методах коррекционно-педагогической помощи, диагностике при аутизме. Предложенные методы обследования помогут своевременно выявить у детей нарушения в развитии интеллектуальной, эмоциональной и других сфер и обратиться за консультацией к специалистам. Автор предлагает игры, упражнения, фрагменты занятий, которые можно использовать на разных этапах коррекционной работы учителями-дефектологами, воспитателями, родителями. Книга рассчитана на широкий круг специалистов, которые работают с аутичными детьми, также может быть использована студентами педвузов и средних специальных учебных учреждений, родителями, имеющими детей с диагнозом РДА.

УДК 376.1-056.3

ББК 74.59

ISBN 978-5-691-02065-0

© Рудик О. С., 2014

© ВЛАДОС, 2014

# Содержание

Ольга Сергеевна Рудик	6
Введение	7
Раздел I	9
1. Клинико-психологическая классификация	11
2. Особенности психического развития детей с РДА первых трех лет жизни	15
3. Витальные функции и аффективная сфера	18
Восприятие	22
Влечения	24
Негативизм	25
Интеллект	25
Мышление	26
Речь	27
Конец ознакомительного фрагмента.	30

# **Ольга Сергеевна Рудик**

## **Коррекционная работа с аутичным ребенком**

**(Книга для педагогов)**

**Рудик О.С.**

Коррекционная работа с аутичным ребенком: [кн. для педагогов: метод. пособие] / О.С. Рудик. – М.: Гуманитарный изд. центр ВЛАДОС, 2015. – 189 с.

ISBN 978-5-691-02065-0 Агентство СІР РГБ

© Рудик О.С., 2014

© ООО «Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС», 2014

## Введение

В реформировании системы специального образования важнейшее место отводится развитию коррекционно-педагогической помощи детям с особенностями психофизического развития с первых месяцев их жизни.

В настоящее время в нашей стране и за рубежом ведется активный поиск различных подходов – медикаментозных и в первую очередь психолого-педагогических, направленных на коррекцию аутистического дезонтогенеза, нормализацию психического развития такого ребенка. Коррекционно-развивающая работа с аутичными детьми достаточно сложна в силу специфики данного нарушения. Стремление детей с аутизмом избежать контакта с окружающим миром, особое специфическое речевое развитие нервной системы, при которой затруднено формирование эмоциональных контактов ребенка с внешним миром, проблемы личностного характера (такие как негативизм, агрессия, стереотипия и другие) затрудняют работу с ними.

Отсутствие общения, а, следовательно, взаимодействия с окружающим миром и людьми, возникающее чаще всего с раннего детства, резко искажает ход всего психического развития ребенка, препятствует его социальной адаптации. В условиях своевременного начала коррекции большинство аутичных детей могут обучаться в школе, нередко обнаруживая одаренность в отдельных областях.

Данная работа содержит два раздела: раздел I «Понятие о синдроме раннего детского аутизма (РДА) и аутистических чертах личности» и раздел II «Коррекционно-педагогическая помощь при аутизме».

В I разделе излагаются общие вопросы, характеризующие аутизм, дается клинико-педагогическая классификация аутизма, раскрываются особенности психического развития этих детей.

Во II разделе автор предлагает возможные способы коррекционно-педагогической помощи при аутизме – социально-бытовой адаптации, развитии речи, моторики, внимания, памяти, мышления; сенсорного и эмоционального развития; дается сравнительная характеристика нормально развивающегося ребенка и ребенка с РДА. Особое внимание уделяется игре как основному виду деятельности ребенка дошкольного возраста. В игровой деятельности формируется умение управлять своим поведением через освоение в процессе игр правил, выработанных взрослыми. Это свойство игровой деятельности позволяет использовать ее и в коррекционной работе с детьми-аутистами. Своевременная коррекционная работа помогает активно развиваться детям, за особенностью развития которых скрываются интересные индивидуальности.

Учитывая то, что книга адресована и будущим специалистам, родителям, краткий терминологический словарь поможет сориентироваться в проблеме.

В Приложении дана сравнительная характеристика развития речи, развития моторики нормально развивающегося ребенка и ребенка с РДА для определения сходства признаков, изменения. Содержание работы по развитию предметно-манипулятивной деятельности ребенка с РДА, развитию слухового внимания, речевого слуха, по развитию движений, речи, эмоции и др. предлагается примерный вариант коррекционной работы.

Содержание коррекционной работы будет доступно не только специалистам, но и родителям, дети которых имеют определенные отклонения в развитии эмоционально-волевой сферы; поможет своевременно обратить внимание на отклонения в развитии ребенка той или иной сферы (речевой, двигательной, эмоциональной) и обратиться за помощью к специалистам.

Материал, представленный в книге, имеет в основе отечественный опыт психолого-педагогической коррекционной работы, и читатели могут использовать его в удобной для них

последовательности и нужном объеме в зависимости от профиля группы, особенностей развития детей.



## Раздел I

### Понятие о синдроме раннего детского аутизма (РДА) и аутистических чертах личности

**Аутизм** (греч. *autos* сам) – погружение в мир личных переживаний с ослаблением или потерей контакта с действительностью, утратой интереса к реальности; наиболее сложное психическое расстройство. Как симптом аутизм встречается при довольно многих психических расстройствах, но в некоторых случаях он проявляется очень рано (в первые годы и даже месяцы жизни ребенка) и занимает центральное, ведущее, место в клинической картине, оказывает тяжелое негативное влияние на всё психическое развитие ребенка.

В таких случаях говорят о **синдроме раннего детского аутизма (РДА)**, который считают клинической моделью особого, искаженного, варианта психического нарушения. При РДА отдельные психические функции развиваются замедленно, тогда как другие – патологически ускоренно. Так, нередко развитие гнозиса опережает праксис (при нормальном психическом развитии – наоборот), иногда не по возрасту богатый словарный запас сочетается с совершенно неразвитой коммуникативной функцией речи. В ряде случаев наблюдаются не все требуемые для установления 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 *аутистических чертах личности*. По критериям, принятым Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), при аутическом расстройстве личности отмечают:

качественные нарушения в сфере социального взаимодействия;  
качественные нарушения способности к общению;

ограниченные повторяющиеся и стереотипные модели поведения, интересов и видов деятельности.

Аутизм встречается чаще, чем изолированные глухота и слепота, вместе взятые, однако статистические данные о его распространенности неоднозначны, на что есть свои причины:

- 1) недостаточная определенность диагностических критериев, их качественный характер;
- 2) различия в оценке возрастных границ синдрома;
- 3) различия в понимании причин РДА, механизмов развития, самой его сущности.

В отечественной и зарубежной литературе случаи возникновения аутизма встречаются 15–20 на 10 тыс. новорожденных, причем у мальчиков аутизм в 4–4,5 раза чаще, чем у девочек. Отмечается также, что частота аутизма с течением времени имеет явную тенденцию к росту и не зависит от национального, расового, географического и многих других факторов, что подчеркивает не локальный, а общечеловеческий характер этого тяжелого психического расстройства.

**Причины аутизма.** Причины аутизма недостаточно ясны. Общеизвестна большая роль *генетических факторов* в этиологии РДА, и сейчас практически все известные исследователи биологических основ аутизма согласны, что, по крайней мере, большая часть случаев РДА наследственно обусловлена. Однако генетические механизмы наследования РДА изучены очень слабо.

*Органическое поражение центральной нервной системы.* Как показывает опыт, у большинства детей с диагнозом РДА при внимательном исследовании обнаруживаются признаки органического поражения ЦНС, однако их происхождение и квалификация устанавливаются сложно. Попытки связать РДА с определенной локализацией поражения были, но для того, чтобы делать определенные выводы, накопленного материала пока недостаточно.

*Психогенный фактор.* В отечественной литературе есть указания на то, что психогенный аутизм возможен, но четких характеристик этих форм нет. Причиной особенностей эмоционального развития могут быть:

- последствия раннего органического поражения ЦНС;
- неблагоприятные условия воспитания;
- соматическое неблагополучие ребенка;
- его характерологические особенности;
- проявления возрастных критических периодов нормального психического развития;
- раннее нарушение и искажение аффективного развития.

В каждом случае различно качество и интенсивность наблюдаемых признаков эмоционального неблагополучия; отличается их динамика и отзывчивость по отношению к коррекционным воздействиям.

Обычно к специалистам обращаются именно по поводу выраженных нарушений эмоционального развития, когда необходимость ранней коррекционной помощи видна всем. Одним из таких случаев и является ранний детский аутизм – наиболее сложный тип дизонтогенеза, связанный с ранними тяжелыми нарушениями организации отношений ребенка с миром. Частота раннего детского аутизма по последним данным составляет 1-15 случаев на 10 000 детей. Большинство специалистов, изучающих это нарушение развития, среди многообразия проявлений психической дефицитарности аутичных детей в качестве центральной проблемы выделяют особенности формирования их аффективной сферы, отмечаемые уже на самых ранних этапах развития.

*К основным трудностям,* мешающим психическому развитию аутичного ребенка, могут быть отнесены следующие:

- дефицит психической активности;
- тесно связанные с ним нарушения инстинктивно-аффективной сферы;
- нарушения сенсорики;
- нарушения двигательной сферы;
- нарушения речи.

## 1. Клинико-психологическая классификация

В клинико-психологической классификации РДА, разработанной О.С. Никольской, выделяются четыре основные группы в зависимости от характера и степени нарушений взаимодействия с внешней средой, т. е. от типа собственно аутизма.

*I группа* характеризуется отрешенностью детей от внешней среды, низкой потребностью в социальных контактах, несформированностью элементарного общения с окружающими и навыками социального поведения, низкой психической активностью. У детей этой группы наблюдается постоянное перемещение от одного предмета к другому при отсутствии целенаправленных действий, мутизм, потребность в постоянном внимании, уходе.

Для детей *II группы* характерно отвержение внешней среды. В отличие от детей I группы, у них более высокая психическая активность, отмечается борьба с тревогой и страхами, повторения одних и тех же слов, фраз, стихотворений.

Помимо стереотипии в поведении у детей этой группы отмечаются импульсивность движений, причудливость гримас и поз. Речевые контакты весьма бедные, чаще ограничиваются односложными ответами.

У детей *III группы* наблюдается аутистическое замещение внешней среды, которое проявляется в патологических влечениях с пристрастиями (например, к плохим запахам, грязи, рисованию жестоких сцен, необычной еде и т. д.), компенсаторными фантазиями, зачастую имеющими агрессивное содержание, как формой защиты от окружающего. Для них характерен более высокий уровень познавательного развития, а также развернутая монологическая речь при явно страдающей диалогической.

Для детей *IV группы* характерно сверхтормозимость с внешними воздействиями. В отличие от детей I–III групп, у них менее выражен аутистический барьер, а защита часто имеет адекватный характер. Они робки, пугливы, заторможены, в качестве защиты проявляют стремление к поведенческим штампам, в трудной ситуации тянутся к близким. У некоторых детей этой группы отмечается одаренность в отдельных областях.

Худший прогноз развития имеют дети I группы. У детей же других групп он последовательно улучшается. Считается, что дети IV группы могут быть не только подготовлены к обучению в массовой школе, но даже обучаться в ней (хотя и редко) без предварительной специальной подготовки.

У детей с РДА наблюдаются не только развитые типы аутизма, но и варианты речевого развития, хотя отмечаются нарушения коммуникативной функции и стереотипность речи. В специальной литературе выделяют четыре варианта нарушений речи при РДА.

Особенности *первого варианта* – раннее становление речи (появлению гуления в 2–5 месяцев, лепета – в 5–7 месяцев, первых слов – в 8–12 месяцев, первых фраз – почти сразу за первыми словами) и ее регрессе (в особенности внешней) с 2–2,5 года. Внешняя речь у некоторых детей практически утрачивается.

Особенности *второго варианта* – более позднее становление речи (появлению гуления в 3–5 месяцев, первых слов – после 1 года 2 месяцев до 3 лет), медленное накопление словарного запаса, затрудненность в овладении фразовой речью, ее аграмматичность.

У детей *третьего варианта* первые слова появляются до года, а фразы – от 12–16 месяцев, быстро накапливается словарный запас, грамматически усложняется фразовая речь. Своеобразие же их речи заключается в ее стереотипности, а также в затрудненном использовании как средства общения, что, впрочем, характерно для всех детей с РДА.

У детей *четвертого варианта* отмечается приближенность раннего речевого развития к норме, а затем его приостановка до 5–6 лет с характерным регрессом фразовой речи с последующим аграмматизмом в ней.

По-разному происходит и развитие моторики. Ранние двигательные функции, как правило, проявляются в обычные сроки, но у многих детей отмечаются иногда нарушения мышечного тонуса (гипертонус или гипотонус).

Достаточно типичными при РДА являются неуклюжесть, некоординированность движений. Тем не менее у части детей, как указывают К.С. Лебединская и О.С. Никольская, движения легки, плавны, грациозны. Например, после освоения навыков ходьбы они могут, никогда не падая, ходить по спинке дивана, карабкаться на шкаф или на лестницу. Однако навыки хорошо реализуются лишь в пределах привычной обстановки.

Особые проблемы возникают у многих аутичных детей в овладении культурно-гигиеническими и другими навыками самообслуживания.

### **Клинико-психологические варианты РДА у детей раннего возраста**

У аутичных детей первых двух лет жизни наблюдаются особенности раннего психического развития.

Так в раннем возрасте для детей I группы и других групп характерны сочетания различных признаков аутизма. Приведем пример: ребенок предпочитает быть в присутствии взрослых, но при этом категорически возражает вмешиваться в игру посторонних, не пытается подражать, не переносит ласку, не чувствует эмоционального состояния близких или не хочет ее замечать. Это влияет на настроение детей, их поведение. Они чувствительны к отрицательному отношению взрослых, резкой форме замечания. В присутствии незнакомых людей они робки, заторможены, избегают яркого контрастного света. Страх проявляется в дискомфорте. Игры тихие, малоподвижные, стремление превратиться в маленькое животное – зайчика, цыпленка. Речь негромкая, замедленная, мало модулированная, невнятная, комментирующего характера, содержит неологизмы. Эти особенности выражены в меньшей степени, чем у детей II группы.

Повышенная заторможенность определяет облик ребенка: наблюдается скованность, неуверенность движений. Для вегетативной сферы характерны вялость, слабость реакций на физический дискомфорт. Неустойчивость витальных функций, настроения связаны и с метеолабильностью. Характерен слабый мышечный тонус (поза «мешочка» при взятии на руки). Довольно типичны хрупкость, астеничность телосложения, склонность к соматическим заболеваниям, частым простудам, аллергии. Вялость, пассивность такого ребёнка нередко способствуют ошибочной диагностике умственной отсталости или тяжёлой задержке психического развития.

У значительной части аутичных детей, обнаруживающих признаки первого, наиболее тяжёлого, варианта РДА, грубые нарушения возникают не с самого начала жизни. До года эти дети производят впечатление «сверхобщительных»: активно ищут зрительного контакта, чрезвычайно чувствительны к сенсорному дискомфорту, перемене обстановки. У них часто наблюдается раннее и бурное развитие речи. В возрасте 1,5–2 лет резкое, нередко катастрофическое, ухудшение состояния с периодом страхов, распадом речи, деятельности, сначала возбуждением, а потом нарастанием аспонтанности, которое возникает обычно после внешней провокации: инфекции, интоксикации, психогении (переезд; разлука с матерью, бабушкой; помещение в ясли, больницу). В этих случаях можно говорить о регрессивном варианте аутистического дизонтогенеза, обусловленном шизофренией.

У ряда аутичных детей обнаруживаются признаки особенностей *I группы РДА*, указывающие на их наибольшую отрешённость от окружающего мира.

Взрослые обращают внимание на неподвижный, застывший взгляд детей с характерным выражением глубокого покоя («лицо принца»), отсутствием ответа на улыбку матери. Если этот взгляд скользит, то трудно определить объект его внимания, если сосредоточен – то часто на пятнах солнечных бликов, рисунке обоев, свече, горящей лампе. Ребёнок как бы заворо-

жён этим созерцанием. Резкое воздействие извне может вызывать короткую гримасу, слабый вскрик неудовольствия, после которого вновь возвращается состояние отрешённости. Они не проявляют чувство голода, холода, ощущения дискомфорта на мокрые пелёнки, реакции на боль, нет приспособительной позы при взятии на руки («висит, как мешочек»), не требуют к себе внимания родителей, не реагируют на их уход, не замечают других людей, детей, глядя как бы «сквозь» них. Чаще мутичны, не отзываются на оклик, не поворачиваются на обращения, поэтому нередко вызывают подозрение в глухоте или слепоте. На втором году жизни обращают на себя внимание общая аспонтанность, «полевое» поведение с нецеленаправленностью движений, пассивным взглядом от одного объекта к другому без фиксации внимания на чём-либо. Не развивается произвольно деятельность, не формируются навыки самообслуживания, отсутствует примитивная игра.

Аффективная аутостимуляция носит пассивный характер, осуществляясь в процессе «полевого» поведения. По отношению к другим детям они могут быть агрессивными (хватают детей за волосы, лицо).

Эти дети лучше ориентируются в окружающем, часто проявляя достаточную наблюдательность, легче адаптируются к быту, без больших затруднений осваивают навыки самообслуживания, более гибки к переменам.

Они обладают неплохой моторикой, меньшей манерностью движений, чем аутичные дети других групп. У них может накапливаться запас знаний в неожиданных областях, чаще отражающих патологию влечения.

Речь их нередко развивается с опережением. К полутора годам такой ребёнок может, пользуясь развёрнутой фразой, свободно выражать свои желания, фантазии, манипулировать необычными оборотами, сложными неологизмами, аффективным вербальным нажимом. Он может казаться «сверхобщительным», но его развёрнутая речь представляет монолог. К диалогу такой ребёнок не способен.

Вегетативно-инстинктивную сферу таких детей на первом году жизни характеризует гипертонус, часто отмечается мышечный гипертонус. Не принимая адекватной позы готовности при взятии на руки, такой ребёнок напряжён, «как столбик». Соматически эти дети более крепки, реже болеют.

У аутичных детей первых двух лет жизни могут наблюдаться признаки позволяющие выявить, особенности развития *II группы РДА*. У таких детей присутствуют примитивный избирательный контакт со средой, реакции на холод, голод, боль, переживания удовольствия и неудовольствия. Страхи окружающего у них сильнее, чем у других аутичных детей, у них выражена напряженная защитная симбиотическая связь с матерью, «феномен тождества» – резкое противостояние перемене обстановки, взрывы аффекта при малейших попытках изменения стереотипных условий их существования, однообразие игры, часто с привлечением неигровых предметов. Им наиболее свойственны разнообразные сенсорные, речевые стереотипии, заглушающие страхи, и постоянное чувство дискомфорта. Аутостимуляции проявляется в длительном безостановочном раскачивании.

Вычленение различных признаков аутизма очень важно для адекватной медикаментозной терапии, прогноза развития ребёнка, но в большей степени – для разработки и применения дифференцированных методов психолого-педагогической коррекции, создания системы профилактики тех или иных «предвидимых» нарушений онтогенеза.

Дети *III группы РДА* с аутистическим замещением окружающего мира характеризуются более сложной формой аффективной защиты, проявляющейся в формировании патологических влечений, компенсаторных фантазиях, часто с агрессивной фабулой, спонтанно разыгрываемой ребенком как стихийная психодрама, снимающая пугающие его переживания и страхи. Внешний рисунок их поведения ближе к психопатоподобному. Характерна развернутая речь, более высокий уровень когнитивного развития. Они менее зависимы от матери, не нуждаются

в примитивном тактильном контакте и опеке. Поэтому их эмоциональные связи с близкими недостаточны, низка способность к сопереживанию. При развернутом монологе очень слаб диалог. Эти дети при активной медико-психолого-педагогической коррекции могут быть подготовлены к обучению в массовой школе.

У детей *IV группы РДА* первых двух лет жизни в их психическом облике преобладает сверхтормозимость, крайняя робость, боязливость, сверхосторожность.

Такой ребёнок не защищён от чрезмерного, ранящего его внешнего мира ни отрешённостью, ни негативным его отвержением и заглушением стереотипиями, ни гиперкомпенсаторной экспансией с агрессией и другими влечениями.

Значительная часть защитных образований носит адекватный, компенсаторный характер: при плохом контакте со сверстниками они активно ищут защиты у близких; сохраняют постоянство среды за счет активного усвоения поведенческих штампов, формирующих образцы социального поведения; стараются быть «хорошими», выполнять требования близких. У них имеется большая зависимость от матери.

## 2. Особенности психического развития детей с РДА первых трех лет жизни

Процесс становления личности чрезвычайно сложный, и невозможно эффективно управлять им, не зная закономерностей психического развития ребенка.

Психическое развитие и социальная адаптация ребенка с ранним детским аутизмом в очень большой мере зависит от наиболее ранней диагностики.

Своевременное начало «поддерживающей», медикаментозной, терапии и, главное, психолого-педагогической коррекции способствует максимальной мобилизации здоровых ресурсов психического развития такого ребенка, реконструкции эмоциональной, когнитивной, моторной сфер, личности в целом, социальной адаптации.

Уже в грудном возрасте у этих детей отмечается патология вегетативных функций и ряда других витальных адаптивных механизмов: нарушения мышечного тонуса; расстройства сна, аппетита; отсутствие реакции на физический дискомфорт. Очень типичная слабость аффективной реакции на человека, в том числе и на мать: отсутствие позы готовности при взятии на руки, отсутствие зрительного контакта; в других случаях – аффективный симбиоз с матерью. Невозможность привлечь произвольное внимание ребенка диссоциируется с его повышенной реактивностью к раздражителям, не обращенным к нему, большой пугливостью и раздражительностью.

На втором году жизни обращают на себя внимание особенности речи: слабость артикуляции, склонность к вербальным стереотипам, эгоцентричность, отсутствие связи с окружающим, нередко мутизм. Игра характеризуется однообразием манипуляций с объектами.

В большинстве клинических описаний подчеркиваются признаки снижения энергетического потенциала: вялость, безынициативность, отсутствие любознательности, стремления к обследованию окружающего наряду со склонностью к импульсивным аффективным и двигательным действием. Отмечается легкость возникновения различных страхов, особенно при перемене привычной обстановки.

При описании внешнего облика обращается внимание на частую задержку физического развития, слабость тургора мышц и кожи, а также недетскость мимики и взгляда.

D. Houzel (1987) объединил расстройства развития, типичные для ребенка первых полутора лет жизни, в шесть групп:

1. Специфические привычки.
2. Тонические и психомоторные нарушения.
3. Нарушения перцепции.
4. Отсутствие или задержка в развитии социальных контактов.
5. Страхи, возникающие на втором году жизни.
6. Нарушения важных функций жизни: кормления, сна, физиологических отправления.

**Младенческий возраст.** Как уже отмечалось, развитие ранних двигательных функций происходит у детей с РДА, как правило, в обычные сроки. У части из них замечается моторная вялость, но применяемые для повышения мышечного тонуса лекарственные препараты и массаж позволяют своевременно сидеть, стоять. По особенностям витальных функций и аффективной сферы, согласно К.С. Лебединской и О.С. Никольской, их можно разделить на гиповозбудимых и гипертонических.

Среди детей *гипертонических* исследователи выделяют неврозоподобных и психопатоподобных. В качестве типичных особенностей аффективной сферы неврозоподобных детей выделяются низкая двигательная активность в сочетании с тревожностью и склонностью к аффективным колебаниям. Тревожность проявляется в непереносимости звуковых, зритель-

ных, тактильных бытовых раздражителей, реакции страха на новизну, мышечное напряжение при взятии на руки.

При этом страхи могут быть обусловлены не только громкими звуками (электробритвы, пылесоса и т. д.), яркими цветами, но и шелестом листы, газеты, определёнными предметами быта. У разных детей они бывают разными.

Отмечаются и характерные нарушения сна (засыпание в течение 2–3 часов, засыпание при определённых условиях – на улице, на балконе, на руках, отсутствие дневного сна, прерывистость, беспокойство в определённые часы сна).

Обращается внимание на усиление этих и других проявлений тревожности в возрасте 1 года – 1 года 2 месяцев, особенно при отсутствии матери, с которой к этому времени возникает симбиотическая связь.

Гипервозбудимые психопатоподобные дети первого года жизни характеризуются как беспокойные от рождения. Двигательное беспокойство сочетается с беспричинным криком, сопротивлением при купании, пеленании. Это сопротивление в период первого возрастного кризиса часто сопровождается агрессией.

Практически у всех детей с синдромом РДА помимо ослабленности или отсутствия комплекса оживления выявляется также отсутствие взгляда другого человека, избегание прямого зрительного контакта.

На первом году жизни у аутичных детей отмечаются также стереотипии. Например, двигательные – сгибание и разгибание пальцев рук и др., непереносимость изменений (нарушение сна при смене обстановки и даже замене отдельных предметов окружения, отказ от приёма новой пищи) и другие недостатки и особенности психического развития. Таким образом, у детей с синдромом РДА уже в младенческом возрасте можно заметить как первичные нарушения (слабость общего и психического тонуса, повышенная чувствительность к обычным физическим и эмоциональным раздражителям, их непереносимость), так и вторичные расстройства – проявление самого аутизма.

**Ранний возраст.** Картина РДА на втором и третьем году жизни становится все более выраженной. Нормально развивающийся ребенок, научившись ходить, значительно расширяет контакт с предметами окружающего мира, овладевает предметными действиями, учится использовать широкий круг предметов по их функциональному назначению.

На третьем году жизни предметная деятельность становится для него ведущей. В ее процессе развивается восприятие ребенка, возникает наглядно-действенное мышление. Ранний возраст характеризуется и особо интенсивным развитием речи, возникновение которой связано с общением. Ребенок стремится к общению, а взрослый передает ему опыт, используя речь. Иначе происходит развитие детей с синдромом РДА. У них трудно обнаружить ориентировочные действия, направленные на определение функциональных свойств предметов. Их реакции часто даже за пределами раннего возраста направляются на физические свойства вещей. Например, пуговицы, камешки, катушки, так как подбрасывание или постукивание ими вызывает определенные звуки. Некоторые дети открывали и закрывали двери с целью получения специфического скрипящего звука. Другие вслушивались в шуршание разрываемой бумаги. Излюбленным занятием для многих детей было переливание воды. Такие наблюдения свидетельствуют о специфичной недостаточности психической (в частности, познавательной) активности аутичного ребенка.

Как и все дети, дети с синдромом РДА, овладев навыками ходьбы, значительно расширяют для себя границы окружающего мира. Однако новое часто является для них не привлекательным, а пугающим. Они боятся выйти за пределы обычной обстановки, не приемлют изменений в ней. К.С. Лебединская отмечает, что на втором году жизни наиболее травмирующим для детей, страдающих РДА, было перемена обстановки (помещение их в ясли, больницу). При этом наблюдались дневные энурез и энкопрез, потеря речи, рвота; фиксировались и пси-



хотические реакции (тяжелое психомоторное возбуждение с агрессией, самоповреждением, отказом от еды, явлениями дезориентации либо ступором). Но при возвращении в привычную домашнюю обстановку эти явления исчезали.

Однако реакция на перемены может быть разной: у одних детей это тревога, страхи, уход в себя; у других – негативизм, активное стремление вернуть прежнюю обстановку и ситуацию в целом.

Понятно, что у аутичного ребёнка к 2–3 годам постоянно накапливаются отрицательные впечатления, что провоцирует характерные для него страхи и тревожность. Одним из источников отрицательных впечатлений являются контакты с другими детьми. Отсутствие адекватных контактов со сверстниками является характерным проявлением аутизма в раннем возрасте. Это может выражаться по-разному: игнорированием детей, боязнью контактов, избирательностью контактов с ними.

В целом нарушения контактов с окружающей средой (в том числе с социальной) определяются игнорированием окружающего, его активным негативистским отвержением, сверхсензитивным избеганием.

К трём годам становится очевидной и искажённость речевого развития при РДА. При любых его вариантах страдает речь как средства общения. Возможен, как уже отмечалось, регресс речи.

У детей с РДА часто (по данным некоторых авторов, в большинстве случаев, но литературные данные весьма противоречивы) выявляется умственная отсталость. В связи с этим необходимо сказать, что последняя характеризуется тотальностью недоразвития психики. К.С. Лебединская и О.С. Никольская установили, что многие аутичные дети рано проявляют интерес к форме, различают тонкие цветовые оттенки, демонстрируют наблюдательность, неординарную слуховую и зрительную память, другие способности. Значительную обеспокоенность у родителей аутичного ребёнка может вызвать отставание в овладении навыками самообслуживания – самостоятельной еды, одевания и др. При этом может наблюдаться завидная моторная умелость в любимом деле. Попытки же научить ребёнка казались бы простейшим действиям (скажем, натягиванию носка) наталкиваются на его сопротивление. Можно сделать вывод, что к трём годам у детей с синдромом РДА специфичные признаки обнаруживаются дизонтогенеза. Ряд указанных недостатков развития наблюдаются у детей и с другими вариантами психического дизонтогенеза. Вопросы же дифференциальной диагностики бывают непростыми даже для специалистов. Их успешному решению может содействовать получение данных о развитии ребёнка в младенческом и раннем возрасте.

### 3. Витальные функции и аффективная сфера

По особенностям формирования витальных функций и аффективной сферы аутичных детей первых двух лет жизни, как уже было сказано, можно условно разделить на две основные группы: гиповозбудимых и гипervозбудимых.

*Гиповозбудимые дети* – на первом году жизни обычно не вызывают тревоги у родителей. Это время сначала характеризуется как благополучное. При опросах родителей, на первом году жизни не обнаруживалось отклонения в формировании витальных функций и аффективной сферы у детей с самых первых месяцев жизни.

В состоянии бодрствования эти дети могут быть слишком спокойными, малоподвижными, пассивными, не реагируют на физические неудобства: мокрые пеленки, холод, не проявляли чувства голода. Плохо берут грудь, вяло сосут, слабо отвечают на попытку расшевелить прикосновением, взятием на руки. Нарушения сна в возрасте до года отмечается у многих детей, большей частью в виде «спокойной» бессонницы, когда ребенок часами тихо лежат без сна. Характерным может быть отсутствие реакции на задержку стула.

Комплекс оживления в 2–3 месяца был слаб: невыраженность эмоциональной реакции на погремушку, свет, звуки, нередко и человеческое лицо. В 3–5 месяцев недостаточно реагирует на лицо близкого, в 6–9 – на окружающее.

Когда ребенок начинает сидеть, его пассивность становится заметнее. В 9 месяцев матери оставляли на длительное время в манеже с игрушкой. Ребенок подолгу сидел там, почти не двигаясь.

При неврологическом осмотре у большей половины детей этой группы диагностирован мышечный гипотонус, который достаточно быстро купировался массажем.

Ходить эти дети начинают чаще в 1 год 3–4 месяца. Отставленный до этого времени первый возрастной кризис приносит в аффективную сферу компоненты тревожности и негативизма. Дети будто бы боятся ходить, стремятся обратно в манеж. Возникают негрубые расстройства сна (длительное засыпание, прерывистость), эпизоды отказа от еды, пользования горшком. Эти явления постепенно в течение 1–2 месяцев сглаживаются, и тогда вновь возвратившаяся пассивность ребенка становится для родителей более очевидной («Сидел на горшке, пока его не поднимут», «Нужно было подтолкнуть ложку ко рту, а он как бы ждал этого и только потом глотал»). Обращает внимание кратковременность интереса к игрушке, слабость эмоциональной реакции на нее.

Дети с явлениями *гипervозбудимости* не представляют однородной группы. Среди них можно выделить 2 подгруппы.

Особенности аффективной сферы детей 1 подгруппы могут быть охарактеризованы как неврозоподобные. Уже на первом году жизни они отличаются сочетанием малой двигательной активности с тревожностью, склонностью к аффективным колебаниям.

Общий тревожный фон настроения проявляется в состояниях дискомфорта и многочисленных страхах, бытовых сенсорных раздражителях: звуковых, зрительных, тактильных, реакциях страха на новизну, мышечном напряжении при взятии на руки.

Отмечаются нарушения пищевого поведения. Большая часть детей плохо берет грудь, мало сосет. В ряде случаев наблюдалось «отсутствие пищевого рефлекса» – явления анорексии. Ребенка нередко приходилось кормить ночью в сонном состоянии. У многих отмечались срыгивания, рвоты, желудочно-кишечные дискинезии.

Еще более характерными были отклонения сна: длительное засыпание (в течение 2–3 часов), могли уснуть только на улице, на балконе, на руках. Наблюдается прерывистость, значительное смещение времени сна, отсутствие его днем, беспокойство в определенные часы сна.

Дети этой подгруппы вовремя овладевают навыками опрятности. Многие из них уже в 5–6 месяцев никогда не бывают мокрыми, так как терпят до высаживания на горшок. Общий фон настроения понижен. Родители отмечают частое «нытье», нередко в течение нескольких часов невозможно вызвать у ребенка положительную эмоцию. Наблюдаются суточные колебания настроения: более выраженная капризность, плаксивость с утра и нарастание некоторой возбужденности к вечеру. Обращает внимание некоторая метеолабильность.

На втором году жизни наблюдается большая избирательность и чувствительность к еде, нередко употребление только протертой пищи.

Такой ребенок уже с рождения двигательного беспокойного, все время куда-нибудь тянется; его нельзя положить на живот, так как он легко может скатиться на пол. Характерен беспричинный крик, который нередко не удается остановить ни укачиванием, ни взятием на руки. Такой же крик и сопротивление возникают при купании, пеленании, голоде.

Неврологическое исследование чаще всего обнаруживает мышечный гипертонус: ребенок квалифицируется как «расторможенный».

И у этих детей были проблемы со сном: его недостаточность, смещение в течение суток. Характерны крик и плач при пробуждении.

Первый возрастной криз у этих детей наиболее интенсивен, проявляется резкое усиление негативизма: сопротивление умыванию, одеванию, стрижке, большей частью сопровождающееся агрессией, стремлением делать назло. На втором году жизни эти проявления выходят на первый план. Ребенок бросается на пол, рыдает, если кто-то передвигает его игрушку.

Отмечались и немотивированные перепады настроения: чаще периоды напряженности с негативизмом, агрессивной готовностью; реже – состояния, близкие к эйфории, с многоречивостью, монотонным двигательным возбуждением, дурашливостью, стремлением брать в рот несъедобное.

**Страхи**, типичны для стадии синдрома РДА в возрасте 3–5 лет, занимают значительное место и в более раннем возрасте. Это связано с физиологической готовностью к страхам у детей первого года жизни. Страхи могут наблюдаться в четырехмесячном возрасте. По данным К.С. Лебединской, Л.Т. Журбы, Е.М. Мастюковой, страхи имеются до года у 80 % детей, от одного до двух лет – у 65 % детей.

Клинический анализ этих страхов (особенно второго года жизни) можно разделить на три основные группы:

1. Сверхценные, типичные для детского возраста вообще.
2. Обусловленные характерной для РДА аффективной и сенсорной гиперчувствительностью.
3. Неадекватные, бредоподобные, которые можно расценить как предпосылку к бредовым образованиям.

*Сверхценные страхи*, обусловленные реакцией на реальную опасность, представлены боязнью остаться одному, потерять мать, боязнью чужих, незнакомой обстановки, высоты, лестницы, огня и др.

Страхи, обусловленные ситуационно, более характерны для детей второго года жизни, проявляются в основном в боязни животных после реального испуга, людей в белом – после уколов, прививок, осмотра горла. К ситуационным можно отнести и страхи, возникшие после рассказывания сказок с устрашающим сюжетом. И в этих страхах очевидна роль гиперсензитивности аутичного ребенка.

*Страхи, обусловленные характерной для РДА аффективной и сенсорной гиперчувствительностью*, наблюдаются значительно чаще.

Очень рано, в возрасте 6–7 месяцев, выявляются страхи бытовых шумов (пылесоса, электробритвы, фена, лифта, шума воды в туалете и водопроводных трубах). Иногда ребенка пугают тихие звуки шелеста газеты, листьев, жужжание комара. В отличие от здоровых, аутич-

ные дети не только не привыкают к этим обычным звукам, а, наоборот, аффективно становятся все более чувствительны к ним.

Многие страхи обусловлены зрительными раздражителями: включением люстры, мельканием бликов на стекле, солнечного света при движении вдоль забора, резкой переменной кадра в телевизоре, страхи всего черного (белого), круглого.

Другие страхи связаны с тактильной гиперестезией: всего мокрого. Часто наблюдается панический страх мух, птиц. Особо выделяется страх горшка, в ряде случаев обуславливающий сложности с формированием навыков опрятности.

*Неадекватные, бредоподобные, страхи* связаны с гиперсензитивностью эмоциональной сферы: незнакомых людей, новых мест, открытых дверей чужих квартир.

Между страхами, обусловленными особой гиперсензитивностью аутичных детей первых двух лет, и страхами, расцениваемыми как неадекватные, бредоподобные, резкой грани нет. Критериями таких неадекватных страхов может быть компонент особого толкования вызывающей страх ситуации, угрожающей измененности себя и окружающего. Сюда относится боязнь определенных лиц, страх ощущения кого-то чужого в комнате, своей тени на стене. Возможно, сюда же следует отнести страх таящих угрозу темных отверстий.

Страхи от эмоциональных нарушений отличается не столько в их содержанием, сколько в прочной фиксации: однажды возникнув, каждый страх живет и остается актуальным для ребенка на протяжении многих лет. Страхи, которые иногда производят впечатление нелепых, беспричинных (например, дырки на колготках, капли воды на подбородке), становятся более понятными, так как аутичный ребенок чувствителен к нарушению завершенной формы, к различным сенсорным ощущениям.

Причина страха не всегда ясна. Когда ребенок начинает говорить, что его пугает, – это уже большой шаг вперед на пути освоения и начала преодоления опасной, травмирующей ситуации. Когда ребенок маленький, по его поведению можно понять, что что-то его испугало. Для детей более старшего возраста характерно другая тенденция: ребенок тянется к пугающему его объекту, и он превращается в предмет особого его интереса.

Появление страха не всегда является показателем ухудшения состояния ребенка, в ряде случаев это свидетельствует о положительной динамике его психического развития: о появлении более адекватного восприятия окружающего, о большей включенности в него, о возникновении чувства самосохранения. Если же усиление страха сопровождается нарушением сна, усилением избирательности в еде, потерей имеющихся навыков – это, безусловно, является тревожным знаком нарастания аффективного неблагополучия, обострения состояния ребенка.

Многочисленные страхи и тревожность ребенка с эмоциональными нарушениями очень осложняет его жизнь и жизнь всей его семьи. Страх может вызвать все новое, нестабильное, непривычное. Развитие механизма освоения нестабильных, незнакомых ситуаций, преодоления опасности становится возможным лишь с опорой на достаточно разработанный уютный и надежный жизненный стереотип в целом.

У аутичного ребенка такой опоры нет, ее нужно строить близкому взрослому, в первую очередь, а не начинать бороться с каким-то конкретным страхом.

Обязательным условием смягчения уже имеющихся страхов и профилактики возникновения новых является создание и поддержка щадящего режима малыша, поднятие его эмоционального тонуса, избегание ситуаций, провоцирующих его острые страхи и тревожность. Вместе с тем помочь пережить ему неизбежные изменения уже устоявшегося жизненного стереотипа можно лишь постепенным включением в общий поток проработанных и проговоренных с ребенком положительных деталей его опыта. Эффективным способом такой проработки является сочинение и рисование взрослым подробных историй про малыша.

**«Феномен тождества»** заключается в страхах, связанных с непереносимостью перемен, изменений в жизни и окружающей обстановке, боязнь выйти за пределы привычного, уже менее пугающего. «Феномен тождества» наблюдается с раннего возраста.

На первом году жизни это проявляется в трудности введения прикорма: сопротивление новым видам пищи, в ряде случаев настолько упорное, что вызывает явление тяжелой гипотрофии. Позже – в большей избирательности, ритуальности в употреблении отдельных видов пищи. Типичен страх при перемене обстановки.

На втором году жизни – та же приверженность привычным деталям окружающей обстановки, та же ритуальность по отношению к ним.

Наиболее травмирующим на втором году жизни бывает посещение яслей, переезд на дачу, новую квартиру, даже ремонт. В этих ситуациях бывает типичен и регресс приобретенных навыков. Наиболее тяжелые реакции возникают при отрыве от семьи, особенно при помещении в больницу в связи с заболеваниями. В этой ситуации наблюдаются и психотические явления: состояния тяжелого психомоторного возбуждения с агрессией, самоповреждением, отказом от еды, дезориентированностью в окружающем либо ступором. Эти явления исчезают при возвращении в домашнюю обстановку, отсутствие каких-либо новых сдвигов в аффективной сфере и поведении позволяют расценить эти психотические эпизоды не как приступ шизофренического процесса, а как тяжелую психогенную реакцию на отрыв от привычной обстановки.

Следует отметить, что в реакции на изменение обстановки наблюдаются два основных вида реагирования: у одних детей это тревога, страхи, уход в себя; у других – негативизм, активное стремление вернуть прежнюю обстановку и ситуацию в целом.

Однако важно знать, что, несмотря на очевидную приверженность к деталям окружающей обстановки, у аутичного ребенка существует определенная иерархия ценности ее отдельных составляющих. Не все предметы аффективно равнозначны. Присутствие главных из них может смягчить патологическую реакцию на перемену обстановки.

**Нарушение чувства самосохранения** трудно обнаружить у ребенка первого года жизни, который еще не передвигается. У детей этого возраста преобладает сверхосторожность. Ребенок не встанет со стульчика, пока мать не вернется в комнату. На первом году жизни у некоторых детей отсутствие «чувства края», которое в этом возрасте нередко проявляется: ребенок неудержимо стремится выбраться из коляски, свешивается за его борт.

К середине второго года жизни, когда ребенок начинает ходить, слабость инстинкта самосохранения уже представляет опасность для жизни. Достаточно характерными оказываются противоречивые сочетания крайностей у одного и того же ребенка: бесстрашие в реально опасных ситуациях сосуществует со страхами вполне безобидных объектов.

**Стереотипии** позволяют ребенку с аутизмом в первые годы жизни преодолеть обусловленный его самоизоляцией дефицит ощущений и впечатлений извне, аффективно заряжаться за счет самораздражения.

Наблюдается ряд характерных стереотипий – произвольных, неосознанных повторяющихся движений или действий.

**ДВИГАТЕЛЬНЫЕ:** прыжки, раскачивание туловища, взмахивание руками, бег на цыпочках по кругу и т. д. Все эти движения усиливаются при возбуждении и утомлении. Периоды двигательного беспокойства сочетаются с периодами заторможенности, застывания в одной позе, порой неудобной, вычурной.

**РЕЧЕВЫЕ:** эхолалия, мутизм, набор штампованных фраз. Некоторые дети по развитию речи опережают сверстников в норме, другие отстают. Особенностью речи является речь о себе во втором или третьем лице. Речь аутичного ребенка является речью для самого себя.

**ПРОСТРАНСТВЕННЫЕ:** чрезвычайно сензитивны к перестановке предметов. Изменение в обстановке трактуется ими как нежелательное и вызывает чувство страха. Все изменения

надо проводить, добившись согласия ребенка. Дети испытывают большие трудности в копировании движений, путая верх-низ, право-лево, вперед-назад.

**СОЦИАЛЬНЫЕ:** наличие немотивированных страхов, избирательность в контактах или отказ от контактов, чувство дискомфорта при взаимодействии с другими людьми.

**ИГРОВЫЕ:** использование необычного материала для игры (часто предметы домашнего обихода: обувь, веревки, выключатели, провода и т. д.). Играют крайне ригидно, однообразно. Сюжетно-ролевые игры, как правило, не развиваются; своеобразные патологические перевоплощения в тот или иной образ (например, в животное).

Предпосылки к сенсорным и особенно моторным стереотипиям имеются и у здорового младенца, активизирующего себя ощущениями, доставляемыми движениями конечностей, напряжением и расслаблением тела, фиксацией взгляда на движениях пальцами ног. Стереотипии пронизывают все психические проявления ребенка первых лет жизни, отчетливо выступают при анализе формирования его аффективной сенсорной, моторной, речевой сфер, игровой деятельности.

В сенсорных стереотипиях здорового ребенка используются зрение, слух, обоняние, вкус, тактильные ощущения. В 2–3 месяца у него исчезает верчение кистей рук перед глазами, произвольные напряжения конечностей или всего тела, удары себя по ушам, зажимание их при жевании, сосание простыни или салфетки, издавание определенных, аффективно окрашенных, звуков, позже – включение и выключение света.

Особое влечение к ритму организует любое ощущение. Это проявлялось в использовании ритмически четкой музыки для стереотипных раскачиваний, кручения, верчения, трясения предметов, а к 2 годам – влечение к ритму стиха.

Очень характерны стереотипные манипуляции с книгой: быстрое ритмичное перелистывание страниц увлекает двухлетнего ребенка больше, чем любая игрушка.

На первом году жизни у аутичного ребенка также проявляется двигательная стереотипия в раскачивании и однообразных поворотах головы, ударах ею о спинку кровати, бортик коляски; сгибании и разгибании пальцев рук, перебирании ими перед глазами; машущими движениями пальцев или всей кистью. Научившись стоять, аутичный ребенок может долго раскачивать стенку манежа, до изнеможения прыгать.

«Увлечение» аутичного младенца книгой часто трактуется как ранний интеллектуальный интерес.

С влечением к стереотипиям можно связать и особое стремление аутичного ребенка к качелям: удовольствие от ритма движения, ощущение взлета и снижения, ритмической перемене в зрительном поле. Но и здесь очень значимо ритмическое дозирование контакта со стоящим рядом взрослым, «передышки» от общения.

## Восприятие

*Особенности зрительного восприятия.* У нормально развивающегося ребенка в возрасте 1–3 месяцев четко выражена зрительная фиксация окружающего. Он постоянно рассматривает всё, находящееся в поле его зрения, активно ищет зрительный раздражитель. Со второго месяца жизни зрительные реакции приобретают доминантное положение. Дети же с ранним аутизмом смотрят не на окружающие объекты, а «сквозь» них. Если ребенок сосредотачивается на чем-либо зрительно, то это чаще световое пятно, участок блестящей поверхности, солнечные блики на стекле, узорчатые обои, листья деревьев и т. д. Рассматривая их, ребенок как будто отключается от действительности: он не переводит взгляд, а при кратком отвлечении от объекта созерцания тут же возвращается к нему. К 4 месяцам у ребенка не отмечается реакция на новизну, он безразличен на появление нового объекта. Часто можно наблюдать упорную сосредоточенность на рассматривании своих рук, перебирании пальцами у лица, рассматрива-

ние и перебирание пальцев на руках матери, разглядывание их как отдельные предметы, не обращая внимания на ее лицо. Многих аутичных детей надолго привлекает внимание движения предметов. Нередко они рано научаются различать цвета и их первые слова – названия цвета.

У других же детей, наоборот, выступает болезненная гиперестезия зрительного восприятия. Такой ребенок боится ярко одетых, темноволосых людей, кричит при включении света, раздвигании и задвигании штор. Они требуют ходить гулять вечером, закрывать днем шторы, играть в темноте.

На втором году жизни у многих детей сохраняется поиск одних и тех же зрительных ощущений. Они подолгу смотрят на светильник, огонь, свечку, костер. Сами вызывают приятную для них перемену зрительного образа закрывания и открывания дверей, передвижения предметов, верчения колес.

Обращает на себя внимание большая восприимчивость формы, размера. Часто дети классифицируют игрушки не по их назначению, а именно по этим признакам (маленькая машинка и такого же размера монетка). К 2 годам они различают по рисунку многие виды редких цветов, автомашин, нередко хорошо ориентируются в географических картах.

Свет, форма, размер предмета, движение имеют для них основное значение как аффективно-положительный сенсорный раздражитель, а предмет в целом и в его соотношении с окружающим они как бы не воспринимают. Однако, не обращая своего взгляда на окружающее, дети прекрасно ориентируются в обстановке.

Выраженная гиперсензитивность иногда способствует иллюзорным расстройствам. Дети могут пугаться неодушевленных предметов, воспринимая их «живыми» (яркий пояс, нитка – змея, сосиска, макароны – червяк и т. д.).

*Особенности слухового восприятия.* В развитии нормально развивающегося ребенка первого года жизни формирование слуховой функции имеет большое значение. К двум месяцам ребенок уже осознанно поворачивает голову в сторону звукового раздражителя, на третьем-четвертом месяце – это уже быстрый и точный поворот к источнику звука и адекватная эмоциональная реакция на него.

На первом, реже на втором году жизни ошибочно аутичных детей принимают за глухих, так как они не реагируют ни на звук, ни на обращение. Подозрение в глухоте отпадает, так как у детей возникает реакция страха на звуки бытовых приборов, шума в водопроводных трубах, жужжание комара. Следует отметить, что родители иногда долгое время бессознательно держаться за версию о глухоте, боясь услышать диагноз психического заболевания.

Патологическая сензитивность к звукам проявляется не только в неспособности привыкания к ним, но в нарастании сенсбилизации. Возможно, в связи с этим некоторые дети к концу первого – началу второго года жизни перестают реагировать на громкие обращения и отвечают только на тихие.

В слуховом восприятии, так же как и в зрительном, гиперестезия сочетается с аутостимуляторным стремлением к самораздражению этой функции. Особенно характерны для аутичных детей второго года жизни стремление к шуршанию целлофановыми пакетами, сминанию и разрыванию бумаги у самого уха, раскачиванию скрипящих створок шкафа и т. д., но в большей части они предпочитают тихие звуки.

Многие аутичные дети проявляют любовь к музыке. Большинство обладают хорошим музыкальным слухом: различают голоса певцов, сами воспроизводят достаточно сложную мелодию, вплетают песни в поведенческие стереотипы. Иногда такие дети плохо говорят, но хорошо поют, но поют только для себя и никогда по просьбе окружающих.

## Влечения

У аутичных детей первых трех лет жизни наблюдается ряд особенностей в сфере влечений. К ним можно отнести стремление к положительным ощущениям (зрительным, слуховым, обонятельным, осязательным, проприоцептивным), получаемым при гиперкомпенсаторной аутостимуляции сенсорной сферы в условиях дефицита положительных эмоций, созданного некоммуникативностью.

В основе патологических влечений и проявляющихся в агрессивных реакциях у аутичного ребенка лежит острое, тревожное напряжение, разрешающееся гневом, направленным на все окружающее: предметы, близких людей. В таком состоянии аутичный ребенок может кусаться или разбрасывать игрушки, ударять, толкать, царапать близкого. Грубая агрессия, возникающая по малейшему поводу, может быть направлена против матери. Это может быть связано с восприятием матери как источника запретов.

Агрессия может быть вызвана страхом (актуальным или прошлым) к близким людям, наказавшим их, или перенесенного наказания. Нередко возникает парадоксальное влечение намеренно пережить ситуацию страха и обыграть его в спонтанной психодраме.

Любая реализация влечений имеет в основе аутостимуляцию, но она более актуальна для аутичного ребенка, лишенного положительных эмоций.

Некоторые проявления агрессии могут быть объяснены гиперсензитивностью с преобладанием чувства неприятного: сопротивление со стремлением ударить мать, когда она берет на руки, няню, если та просто прикасается.

Агрессия может быть вызвана и острым переживанием неудачи, особенно в контактах. В таких ситуациях могут наблюдаться и самоагрессия, когда ребенок бьет, кусает, щиплет себя, и агрессия, направленная на других. Как агрессивные рассматриваются и поступки ребенка, не обладающего навыками контакта: неумелые попытки вступить в игру с другим ребенком, сорвать с него шапку, толкнуть, вырвать из рук игрушку.

Иногда как проявления патологических влечений рассматриваются действия аутичного ребенка, обусловленные стремлением привлечь к себе внимание доступным ему некоммуникативным способом.

Ряд проявлений агрессии можно отнести к первичному расторможению влечений. Иногда это первичная агрессия к близким людям.

Специфична для РДА патология влечений: стремление к раздавливанию насекомых и повышенная брезгливость, определенные виды агрессии (например, плевание) в состоянии радости.

Агрессия представляет собой одну из наиболее частых проблем поведения, возникающих у ребенка с нарушениями эмоционального развития.

Причины агрессивных проявлений и формы их выражения могут быть разнообразными, это может быть как возбуждение ребенка, провоцируемое слишком сильными эмоциональными переживаниями (в том числе и положительными), может возникнуть и при вполне благополучном развитии.

Другая частая причина агрессии – протестная реакция, которая выполняет функцию защиты. Аутичный ребенок протестует против превышения доступного его уровню взаимодействия с окружающими и нарушения стереотипных условий его существования. В таких случаях очень важна профилактика возникновения частых агрессивных срывов. Для этого следует учитывать степень выносимости ребенка, соблюдать дозированность взаимоотношения с ним, не пытаться резко менять освоенный им стереотип этого взаимодействия.

Агрессия проявляется и как влечение: стремление схватить за волосы, вдавиться подбородком в плечо взрослого. Справиться с влечением очень трудно. Попытки переключить



ребенка на что-то другое обычно безуспешны. Запретить же ему подобные действия путем окрика, наказания не только малоэффективны, но и приводят к усилению влечения, либо возникновению самоагрессии. Игнорировать такое поведение тоже нельзя. В таких случаях нужно постараться крепко обнять малыша в ответ на его импульсивные агрессивные действия, прижать его к себе.

Агрессивные проявления могут быть не только негативным проявлением, отражением дискомфорта, страха, чрезмерного возбуждения малыша, но и показателем положительной динамики его аффективного развития, повышения его психического тонуса. Например, увеличение речевой и двигательной активности ребенка, зарождение самостоятельных попыток контакта с окружающими могут сопровождаться появлением или временным усилением генерализованной агрессии.

## **Негативизм**

При благоприятном аффективном развитии ребенок переживает этап особого расцвета негативизма в период вхождения его в «кризис в возрасте трех лет», содержание которого – отстаивание собственного «Я». У аутичного ребенка такого же возраста проявления негативизма качественно отличаются. Чаще всего они отражают не протест против подавления его самостоятельности, а всё то же постоянное стремление сохранить неизменность окружающего и своих форм взаимодействия с ним.

Отказ малыша от выполнения каких-либо бытовых требований близких связан не только с его реальными трудностями произвольного сосредоточения, но с часто возникающим сильнейшим дискомфортом, страхом, который он переживает в этих ситуациях. Поэтому взрослому нужно терпеливо и осторожно искать подходящий момент для обучения ребенка, в оказании ему помощи, в убеждении, что он справится.

Часто причиной возникновения негативизма является особая зависимость малыша от непосредственных влияний окружающего: ему трудно оторваться от какого-то захватывающего впечатления, оборвать незавершенное действие и т. д. Возникающие в подобных ситуациях проблемы характерны для определенного этапа нормального онтогенеза в годовалом возрасте. С возникающими трудностями справиться можно путем продуманной организации, созданием и поддержанием специального режима воспитания.

## **Интеллект**

Интеллектуальное развитие детей первых двух лет жизни имеет свои особенности, которые отражают специфику дизонтогенеза по типу искажения: западение одних сторон и нередко ускорение формирования других.

Часть аутичных детей производят на окружающих впечатление умственно отсталых. Диагностика их интеллектуальных способностей варьируется от тяжелой задержки психического развития до имбецильности.

Диагноз умственной отсталости в более старшем возрасте включает судорожные припадки, накопление диспластических стигм, иногда наличие хрупкой х-хромосомы, органические включения в структуру интеллекта, типичную для РДА. Это проявляется в органической истощаемости внимания, инертности психических процессов, определенной слабости памяти.

В первые годы жизни диагностирование отклонения в развитии интеллекта были у детей, наиболее отрешенных от окружающего: не умеющих себя обслуживать, не говорящих. И тем не менее уже при рождении у них отмечается необычная выразительность лица, осмысленный взгляд, тонченность черт («лицо принца»), необычайная сообразительность.

Аутичные дети, частично отрешенные от действительности, демонстрируют ряд особенностей интеллекта, характерных для этого нарушения развития: контраст между ранним развитием абстрактно-логических и выраженным запаздыванием конкретно-практических сторон его интеллекта.

При отсутствии навыков самообслуживания в элементарном быту, однообразности игры аутичный ребенок на втором году жизни может накопить большой запас знаний в самых неожиданных областях, таких как названия различных стран, насекомых, марок автомобилей, растений. При отсутствии интереса к обычному функциональному значению предмета у него проявляется стремление к познанию абстрактного знака, цвета, формы, вербального обозначения. Дети-аутисты рано научаются различать тонкости цветовых оттенков и их точное словесное обозначение, а также ассоциативную образность восприятия; проявляют интерес к знаковым обозначениям – буквам, цифрам. Среди предметов они выбирают коробки с надписями, кубики с буквами, цифрами; на улице обращают внимания на щиты, плакаты, вывески.

К двум годам аутичный ребенок может правильно показывать изображения предметов на картинках, не взаимодействуя с ними.

У значительной части детей уже в раннем возрасте обнаруживается уникальная механическая слуховая и зрительная память. Они запоминают длинные тексты стихотворений и прозы, расположение текстов и соотношение шрифтов на странице, текст аудиозаписи.

К хорошей пространственной памяти можно отнести и узнавание формы, и знание места определенного текста стихотворений и прозы на странице («вот здесь почитай»). Они хорошо ориентируются в пространстве, надолго запоминают расположение предметов в комнате, в игровом уголке с первого посещения.

Можно отметить еще одну особенность, которая усугубляет ошибочное неблагоприятное впечатление об их интеллектуальной недостаточности: это актуальность для ребенка ситуации, наиболее насыщенной аффективно, независимо от того, в настоящем времени она или в прошедшем.

Детям с данным диагнозом очень нравится слушать чтение, рассказывание литературных текстов.

## Мышление

Восприятие и переработка информации у аутичных детей происходит особым образом. Им трудно быть гибкими и взаимодействовать с меняющимися обстоятельствами, смотреть на вещи с разных сторон. В окружающем они ценят определенность, стараются выделить постоянные условия, способы действия и не разрушать их.

Новую информацию они воспринимают целиком и воспроизводят ее так, как усвоили, а в другой ситуации используют знания с трудом или вообще не могут ими пользоваться. Не умеют сопоставлять усвоенные знания, связывать их со своим жизненным опытом.

Знания и опыт лежат как будто в разных ячейках сознания и не взаимодействуют друг с другом. Это касается не только восприятия нового: всё восприятие мира у них фрагментарно, состоит из отдельных картин, образов, ситуаций. Такая разрозненность и создает впечатление механистичности восприятия у аутичных детей, хотя отдельные события ими глубоко переживаются и осмысливаются. Окружающие взрослые отмечают, что дети с аутизмом понимают гораздо больше, чем могут выразить. Многие из них имеют неплохие способности к наглядно-действию и наглядно-образному мышлению. Часто обсуждается вопрос о способности таких детей к символическому мышлению, поскольку для них характерно буквальное понимание сказанного: им трудно выделить подтекст.

Сама возможность символизации, обобщения у таких детей сохранна: они могут использовать в игре и обучении достаточно сложные символы. Проблема состоит в том, что эти сим-

волы жестко фиксируются и не переносятся в другую ситуацию. Так, раз рожденный ребенком игровой образ не изменяется и перекрывает создание других, ведь для него важна прежде всего определенность. Поэтому ему трудно допустить, что связи между происходящими событиями могут быть неоднозначными, что один и тот же результат может вызываться разными причинами, что в некоторых случаях существует несколько правильных ответов на вопрос.

Аутичным детям нужна психологическая помощь, позволяющая понять, что существуют различные мнения по одной и той же проблеме. Ему необходимо дать возможность обсудить происходящее с различных точек зрения. Такую работу нужно начинать очень рано на материале самых простых детских впечатлений, сопоставлений («Что тебе нравится, а что – нет, что хорошо, а что – плохо»). Эффективно такую работу проводить в малой группе детей, которые обычно с удовольствием говорят на подобные темы.

Знания и умения должны преподноситься ребенку с аутизмом в хорошо организованном виде, с использованием наглядного материала, точных и полных словесных указаний, воспроизведения вместе с ребенком нужного действия, чтобы он мог воспринять содержание в целом, а уже потом детально.

Обучение должно быть осмысленным. Особое внимание уделяется приобретенным знаниям или умениям для пользы ребенка. Важно постоянно помогать ему связывать полученные знания в целую картину, встраивать их в жизненные сюжеты, проигрывать. Очень важно в обучении использовать сюжетно-ролевые игры.

Полезна специальная работа по развитию символического мышления, по пониманию контекста и подтекста ситуации, в этом помогут совместное рассказывание сказок, чтение: медленное, с детальным обсуждением происходящего, с привлечением личного опыта ребенка, с угадыванием, что имел в виду тот или иной персонаж литературного произведения.

## Речь

Языковое развитие ребенка начинается еще до рождения. Исследования показывают, что шестимесячный эмбрион способен слышать и может воспринимать звуки извне. Новорожденный младенец может четко отличать голос своей матери от голосов других людей. Он способен распознавать даже интонации ее голоса. Новорожденный нормально развивающийся младенец общается с матерью с помощью невербальной коммуникации.

Языковое развитие и коммуникации начинаются задолго до того, как ребенок произносит первое слово. Исследования, проводимые в настоящее время, показывают, что младенец обладает намного более развитыми способностями, чем это предполагалось.

Естественная структура языка, на котором говорит мать ребенка, остается в его памяти. Первой стадией языкового развития является взаимодействие между взрослым и ребенком, реализуемое главным образом на бессознательном уровне с помощью жестов, улыбок, мимики и мягких интонаций голоса. Свое первоначальное общение с детьми взрослые обычно адаптируют с помощью:

- силы голоса;
- разговаривая отчетливо и медленно;
- используя конкретные понятия в разговоре;
- используя короткие предложения;
- повторяя предложение;
- интерпретируя действия ребенка с помощью слов.

Для развития речи важно нормальное развитие сосательных, глотательных и касательных рефлексов. В дальнейшем они являются существенными для развития произношения.

Для полноценного развития речи требуется:

*Сохранность речевого аппарата и хорошая мускулатура органов речи.* У многих детей мускулатура полости рта недостаточно развита. Одной из причин этого может быть привычка спать с соской в полукрытом рту.

*Сохранное слуховое восприятие и хороший слух.* Ребенок подражает, конструируя свои собственные звуки. Даже дети с нарушениями слуха лепечут, но они постепенно прекращают это делать, когда не получают обратной связи и не слышат свои звуки. Так как обучение языку происходит с помощью подражания и различения, дети должны уметь слушать.

*Хорошее зрительное восприятие.* Оно необходимо ребенку для различения и воспроизведения правильной артикуляции разнообразных звуков.

*Наличие обратной связи.* Обратная связь требуется в отношении собственного лепета (ребенок воспринимает, перерабатывает и реагирует на определенную реакцию взрослого).

*Стимулирующая окружающая среда.* Только при наличии стимулирующей предметно-пространственной и социальной среды возможно позитивное развитие ребенка.

Одним из основных признаков РДА является **нарушение речевого развития**. Речевые расстройства варьируют по степени тяжести и по своим проявлениям. Можно выделить 4 варианта нарушений речи при РДА.

**При первом варианте** становления речи: гуление появляется в 2–6 месяцев, лепет – в 5–7 месяцев, первые слова в 8–12 месяцев, то есть раньше, чем у детей с нормальным развитием. Но родители обычно не обращают внимание на то, что первые слова ребенка «свисток», «трава» и др. оторваны от его потребностей, что отсутствуют слова «дай», «на», а слова «мама», «баба» не являются обращением и произносятся как бы сами по себе: мамой может назван кто угодно и что угодно. Эти первые слова часто сложны по слоговой структуре, произносятся с утрированной интонацией, все звуки выговариваются четко.

Первые фразы появляются у этих детей вскоре после первых слов. Становление фразовой речи происходит довольно быстро, но речь эта, как правило, не носит конкретного характера (у здоровых детей в возрасте 1–2,5 лет речь в основном конкретная).

В возрасте 2–2,5 года отмечается регресс речи. Этому обычно предшествует какое-либо соматическое заболевание, психотравма или другие отрицательные воздействия, хотя в отдельных случаях никаких видимых причин для такого регресса назвать нельзя. У части детей речь почти совсем утрачивается, остаются вокализации без обращений, бормотание, иногда – в состоянии аффекта – прорываются отдельные «слова-эхо», отражающие слышанную ребенком речь, и очень редко – простая фраза. Ухудшение речи сопровождается нарастанием трудностей в моторике.

Несмотря на регресс внешней речи, внутренняя может сохраняться и развиваться. Установить это можно только после длительного внимательного наблюдения. На первый взгляд кажется, что ребенок не понимает обращенную к нему речь, потому что он далеко не всегда и не сразу выполняет речевые инструкции. Многое, однако, зависит от ситуации: при непроизвольном аффективном внимании ребенка речь понимается им лучше, чем при прямом обращении к нему. Кроме того, такие дети часто просто не могут выполнить просьбу или указание взрослого из-за моторных трудностей, недостаточной целенаправленности и невозможности сосредоточения внимания. Однако даже при отсутствии немедленной реакции на речь взрослых в последующем оказывается, что в поведении, деятельности ребенка полученная информация в той или иной мере учитывается.

**Второй вариант** речевого развития детей с РДА существенно отличается от первого. В этих случаях характерна задержка становления речи: гуление появляется в 3–5 месяцев, лепет – в 5–11 месяцев, а иногда родители его совсем не отмечают; первые слова – от 1 года 2 месяцев до 3 лет. Эти слова также не имеют характера обращения, а представляет собой стереотипный набор слов-штампов.

Типичными являются стойкие нарушения звукопроизношения, перестановка звуков в словах, замедленный темп речи (в редких случаях – ускоренный). Из-за пониженного психического тонуса не возникает побуждений к речевой деятельности, поэтому словарный запас накапливается медленно, за счет механического запоминания и закрепляется благодаря склонности ребенка к стереотипиям. Развитие фразовой речи сильно затруднено, спонтанные фразы аграмматичны: предлоги не употребляются, слова не изменяются по родам и числам, глаголы в речи встречаются преимущественно в неопределённой форме, прилагательные практически отсутствуют. Большие сложности возникают в связи с употреблением личных местоимений: «я» не используется, о себе ребёнок говорит во втором или третьем лице («Толя – гулять»). С возрастом накапливается большое количество речевых штампов, цитат из любимых стихов, песен, сказок (дети предпочитают слушать их в грамзаписи). Такая речь не связана с окружающей обстановкой, употребляется не в соответствии с заключенным в ней содержанием. Только после длительной коррекции дети начинают употреблять речевые штампы более или менее к месту.

С таким вариантом речевого развития дети не вникают в смысл сказанного, не всегда понимают, а потому и не выполняют словесную инструкцию. В связи со стереотипностью речи диалог с ними фактически невозможен: они не отвечают на вопросы и сами их никогда не задают. Родители часто отмечают, что у ребенка не было периода «почемучки», наблюдалась моторная неловкость, нарушение не только общей, но и тонкой моторики (пальцевая и артикуляционная). Это тормозило речевое развитие детей.

Иной характер нарушений отмечается у детей с *третьим вариантом* речевого развития. Основные этапы развития речи наступают раньше, чем у здоровых детей: первые слова появляются от 6 до 12 месяцев, первые фразы – от 12 до 16 месяцев. Родителей обычно радует, что у ребенка быстро растёт словарный запас, фразы сразу становятся грамматически сложными, удивляет способность к пространным, «взрослым» рассуждениям.

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.