Муниципальное дошкольное образовательное учреждение

Детский сад №5 «СЕРПАНТИН»

Консультация для педагогов

Тема: Ранний детский аутизм

Выполнила: педагог-психолог

Чубукова Р.А.

Проблема раннего детского аутизма в последнее время приобрела большую значимость. В этой связи 21 октября 2015 года в городе Ярославле прошел семинар по теме «Ранний детский аутизм как психолого-педагогическая проблема». В работе семинара приняли участие врач-психиатр, педагоги-психологи, заведующая ДОУ № 109 г. Ярославля.

Синдром раннего детского аутизма является редкой патологией развития. В исследованиях В.Е.Кагана показано, что его распространенность колеблется от 0,06 до 0,17 на 1000 детей. При этом РДА чаще встречается у девочек, чем у мальчиков.

Аутизм от латинского слова (autos) сам, то есть отрыв от реальности, отгороженность от мира.[1 ] Исследованию раннего детского аутизма (РДА) посвящены работы как зарубежных так и отечественных специалистов. [1]

Рассмотрим классификацию РДА, выполненную на основе этиопатогенетического подхода и представленную в работах К.С.Лебединской. [1 ]

В данной классификации выделяется пять вариантов РДА:

-РДА при различных заболеваниях центральной нервной системы (ЦНС) – органический аутизм;

-психогенный аутизм;

-РДА шизофренической этиологии;

-РДА при обменных заболеваниях;

-РДА при хромосомной патологии.

**Для детей с органическим аутизмом характерны:**

-психическая инертность;

-двигательная недостаточность;

-нарушения внимания и памяти;

-задержка речевого и интеллектуального развития.

Органический аутизм сочетается с проявлениями психоорганического синдрома, у детей наблюдается рассеянная неврологическая симптоматика.

**Дети с психогенным аутизмом характеризуются:**

-нарушением контакта с окружающими;

-эмоциональной индифферентностью, пассивностью, безучастностью;

-отсутствием дифференцированных эмоций;

-задержкой развития речи и психомоторики.

Психогенный аутизм возникает у детей раннего возраста (до 3-4 лет) в связи с воспитанием в условиях эмоциональной депривации, то есть длительное отсутствие материнской ласки, неправильным воспитанием…

**Детям с РДА шизофренической этиологии свойственна:**

-более выраженная отгороженность от внешнего мира, слабость контактов с окружающими;

-стирание границ между субъективным и объективным;

-погружение в мир внутренних болезненных переживаний и патологических фантазий;

-наличие рудиментарных бредовых образований и галлюцинаторных феноменов;

-поведение отличается причудливостью, вычурностью, амбивалентностью (например: дети могут быть мало контактными с близкими людьми, и при этом общительными, разговорчивыми, доверчивыми с посторонними лицами);

-однообразное вялое поведение детей может прерываться немотивированными агрессивными поступками, разрушительными действиями;

-наличие постоянных страхов.

К.С.Лебединская отмечает два важных признака РДА шизофренического генеза:

1. у ребенка наблюдается промежуток времени нормального психического развития (может быть короткий), который предшествует возникновению аутизма;

2.у ребенка имеются признаки нарастания психического дефекта (углубление вялости, аспонтанности, распада речи, регресс поведения с утратой приобретённых навыков).

**Основными признаками РДА при всех клинических вариантах являются:**

-недостаточное или полное отсутствие потребности в контактах с окружающими;

-отгороженность от внешнего мира;

-слабость эмоционального реагирования по отношению к близким, даже к матери, вплоть до полного безразличия к ним (аффективная блокада);

-неспособность дифференцировать людей и неодушевленные предметы, то есть они плохо различают живой и неживой объект;

-недостаточная реакция на зрительные и слуховые раздражители, при этом дети очень чувствительны к слабым раздражителям: например, дети часто не переносят шум бытовых приборов, звук капающей воды;

-приверженность к сохранению неизменности окружающего (проявляется уже на первом году жизни);

-неофобии (боязнь всего нового) – дети не переносят перемены места жительства, перестановки кровати, не любят новую одежду и обувь;

-однообразное поведение со склонностью к стереотипным, примитивным движениям (вращение пальцев рук перед глазами, перебирание пальцев, сгибание и разгибание плеч и предплечий, раскачивание туловищем или головой, подпрыгивание на носках;

-разнообразные речевые нарушения;

-зрительное поведение, проявляющееся в непереносимости взгляда в глаза, «бегающий взгляд» или взгляд мимо;

-характерно преобладание зрительного восприятия на периферии поля зрения, поэтому от ребенка трудно спрятать необходимый ему предмет;

-однообразные игры представляют собой стереотипные манипуляции с неигровым материалом, при этом игрушки используют не по назначению;

-аффективные проявления бедны;

-у детей с РДА могут встречаться как нарушения интеллекта, таки и нормальный интеллект;

-быстрая истощаемость и пресыщаемость любой деятельностью, слабость побуждений;

-наблюдаются рудиментарные способы обследования предметов: обнюхивание, облизывание…[ 1]

Основные направления психокоррекционной работы с аутичными определяются спецификой синдрома и заключаются в следующем:

-ориентация аутичного ребенка вовне;

-обучение его простым навыкам контакта;

-обучение ребенка более сложным формам поведения;

-развитие самосознания и личности аутичного ребенка.

Сложная специфика аффективной дезадаптации аутичного ребенка требует специальной организации психокоррекционной работы:

1.В связи с легкой возбудимостью ребенка, импульсивностью, хаотичностью его деятельности необходимы специальные мероприятия по обеспечению безопасности детей в процессе занятий. Занятия должны проходить в специально оборудованном зале, где обязательно должно быть мягкое освещение, палас или ковер на полу, в зале не должно быть острых и тяжелых предметов.

2.Необходима строгая организация режима в группе. Обязательным является идентичность обстановки занятий и постоянство состава группы, так как аутичные дети трудно приспосабливаются к новой обстановке и новым людям.

3.Нужно бережно относиться к любой, даже самой примитивной активности ребенка.

4.Необходимо создание индивидуальных психокоррекционных программ для каждого ребенка.

5.Необходимо активное привлечение родителей к психокоррекционному процессу.[1]

Литература.

1.Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии.-СПб.: Речь, 2001.