

Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Сибирский институт бизнеса, управления и психологии»

Факультет психологии

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ АТТЕСТАЦИОННАЯ РАБОТА

Особенности развития познавательной сферы детей с ранним детским
аутизмом

Выполнила: И.Ю.Алешко,
студент гр. 359

Научный руководитель: О. Ю.
Галич

«___» _____ 2021 г.

(оценка и подпись преподавателя)

Красноярск 2021 г.

СОДЕРЖАНИЕ

РЕФЕРАТ	3
ВВЕДЕНИЕ	4
I ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ИЗУЧЕНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕТЕЙ С РДА	6
1.1 Причины, механизмы и существенные признаки РДА	7
1.2 Особенности развития познавательной сферы	18
II ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ СФЕРЫ	24
2.1 Обследование ребенка с диагнозом РДА	24
2.2 Рекомендации по развитию познавательных процессов детям с РДА	35
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	38
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	39

РЕФЕРАТ

В данной работе рассмотрен вклад Л.Каннера, Г.Аспергера. Рассмотрены теории причины, механизмы, существенные признаки заболевания, четыре группы детей с ранним детским аутизмом, рассмотрены характерные черты поведения, особенности развития и познавательной сферы детей с РДА.

Ключевые слова: РДА(ранний детский аутизм), аутическое расстройство, аутические страхи, аномалия, нарушение, внимание, ощущение и восприятие, память и воображение,

Применяемые методы: наблюдение, беседа

Методики: 1) Методика «Чего не хватает на этих рисунках?» (для детей 4-5 лет) Автор: Немов Р.С

2) Методика «Какие предметы спрятаны в рисунках?» (для детей до 6 лет) Автор: Немов Р. С.

3) Методика «Проставь значки» (для детей 4-5 лет)

Автор: Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. – М., 2005

4) Методика «Кто это» Автор: М.М.Безруких

Цель работы: рассмотреть особенности познавательной сферы ребенка с РДА, выявить особенности его поведения, познавательной, сделать выводы, дать рекомендации для развития познавательных процессов, а также рекомендации родителям для наиболее корректных и правильных взаимоотношений с таким ребенком.

Объем работы: 28 страниц, 4 иллюстрации.

ВВЕДЕНИЕ

Ранний детский аутизм выделен и изучается специалистами различных областей во всем мире на протяжении более полувека. Несмотря на большие расхождения во взглядах на причины возникновения данного нарушения, механизмы появления отклонений в развитии детей с аутизмом, пути и способы их лечения и реабилитации, ясно одно: в практике специалиста, подошедшего к проблемам конкретного ребенка с учетом его индивидуальных особенностей, положительный результат в большинстве случаев более вероятен. Необходимость системного подхода к лечению и обучению таких детей доказана бесчисленными исследованиями в этой области, а также непосредственной практикой зарубежных и отечественных психиатров, дефектологов, педагогов, психологов[5].

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

- ранняя диагностика;
- тяжесть и глубина аутических расстройств;
- возможно раннее начало специализированной коррекции, ее комплексный медико-психоло-педагогический характер;
- адекватный и гибкий подход к выбору методов коррекционной работы, ее последовательность, продолжительность, достаточный объем;
- единство усилий специалистов и семьи.

По данным Института коррекционной педагогики и психологии РАО, при своевременной и правильной коррекционной работе 60 % аутичных детей получают возможность учиться по программе массовой школы, 35 % по программе специальной школы того или иного из существующих типов и 10 % адаптируются в условиях семьи.

В тех случаях, когда коррекция не проводится, 75 % вообще социально не адаптируются, 22-23 % адаптируются относительно (нуждаются в постоянной опеке), и лишь 2-3 % достигают социальной адаптации[30].

Распространенность РДА: 6-10 человек на 10000, что является не таким редким. Существует проблема: даже высококвалифицированные психологи из-за отсутствия знаний о данной патологии психического ~~развития~~ возможных способов коррекционной работы не могут выявить и оказать своевременную, необходимую помочь детям с данным синдромом, именно поэтому данная тема является актуальной[8].

Цель исследования: выявление особенностей познавательной сферы у детей с РДА.

Объект исследования: познавательная сфера.

Предмет исследования: особенности познавательной сферы ребенка с РДА

Гипотеза: у детей с диагнозом РДА познавательная сфера будет иметь определенные особенности, в виде отставания от нормы.

Для реализации поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

- 1) Теоретический анализ литературы по проблеме развития познавательной сферы у детей с РДА

- 2) Создание программы психодиагностического исследования по познавательной сферы у детей с РДА
- 3) Проведение психодиагностического исследования по исследованию познавательной сферы
- 4) Создание рекомендаций

ГЛАВА I ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ИЗУЧЕНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕТЕЙ С РДА

1.1 Причины, механизмы и существенные признаки РДА

Термин аутизм (от греческого *autos* – сам) ввел в 1912 году Э.Блейлер для обозначения особого вида мышления, которое регулируется эмоциональными потребностями человека и не зависит от реальной действительности[7].

Происхождение аутизма может быть различным. В легкой степени он может встречаться при конституционных особенностях психики (акцентуация характера, психопатия), а также в условиях хронической психической травмы (аутическое развитие личности). А может выступать как грубая аномалия психического развития (ранний детский аутизм). Это аномалия психического развития, состоящая главным образом в субъективной изолированности ребенка от внешнего мира

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

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

Ученые рассматривают несколько теорий, где предполагаются причины заболевания: биологические (генетические, нейродизонтогенетические, нейрохимические, иммунологические), психосоциальные[2].

Генетическая основа заболевания подтверждена исследованиями близнецов и усыновленных детей. Во второй половине XX в. были осуществлены широкомасштабные исследования аутистических расстройств на материале близнецовых пар и приемных детей. Различные авторы конкордантность у монозиготных близнецов оценивают как 36-90 %, в то время как у дизиготных – 0-24 %. Исследования близнецов подтвердили, что семейное накопление аутистических черт является следствием высокой наследуемости. Семейные исследования показали, что риск повторения РАС у сибсов в 20 раз выше, чем в общей популяции. Частота встречаемости аутистических проявлений у родителей детей с аутистическими расстройствами составляет 25 % и более; 2–6 % сибсов детских ящиков страдают тем же заболеванием, что в 60-100 раз превышает распространенность аутистических расстройств в популяции. Наследуется предрасположенность к болезни, которая может проявляться, в том числе, особой уязвимостью, которая, в свою очередь, определяет значительное влияние средовых факторов[12].

Нейродизонтогенетическая гипотеза рассматривает аутизм как заболевание, вызванное дефектами развития мозга на разных онтогенетических этапах. Выявлено нарушение созревания нейронов во фронтальной коре, изменения перивентрикулярного белого вещества и увеличение объема боковых желудочков мозга. К возможным причинам могут быть отнесены различные внешние факторы – травма, инфекция или постинфекционное состояние матери во время беременности, родовая травма, первичное нарушение обмена веществ, некоторые лекарственные средства (типа талидомида), промышленные токсины и др. Вместе с тем

аутистические расстройства не могут связываться с поражением какого-либо конкретного отдела мозга. Дизнейроонтогенез сопровождается появлением распространенных диффузных изменений в мозге, следствием которых является нарушение межнейрональных контактов, комиссуральных и ассоциативных связей, что, вероятно, вносит определенный вклад в генез аутистических синдромов. Доказана патопластическая роль возрастного фактора в развитии РАС. Рассматривая аутизм как внешний фенотипический признак остановки или нарушения процесса развития ребенка, как признак нарушения онтогенеза, исследователи опираются на точку зрения, что онтогенез нервной системы включает критические периоды, когда происходят значительные структурно-функциональные перестройки, которые обеспечивают осуществление новых физиологических функций. Для этих периодов характерна особая чувствительность к повреждающим факторам[14].

Нейрохимические гипотезы обсуждают нарушение обмена нейромедиаторов: избыточную активность допаминовых центральных нервных структур в мезолимбической, нигростриатной, тубероинфундибулярной системах; гипотезу недостатка глутаматов (преимущественно в подростковом возрасте) и др.

Гипотеза окислительного стресса посвящена изучению роли окислительного стресса в развитии клинических проявлений аутизма [21]. Известно, что окислительный стресс является одним из наиболее значимых механизмов повреждения нервной ткани, запускающий совокупность взаимосвязанных патологических реакций (так называемый метаболический каскад), необратимо повреждающих клетку [22]. Убедительно показано, что на фоне разворачивающегося окислительного стресса в механизмах гибели нейронов при различных заболеваниях начинают играть дополнительную роль нарушения митохондрий — «энергетических станций» клетки, избыточный поток ионов кальция внутрь клетки в результате

гиперстимуляции рецепторов глутаматом, а также недостаточность факторов роста нервных клеток. Все эти нарушения приводят к запуску генетически запрограммированной гибели нейронов — апоптозу. Показано, что митохондриальная дисфункция часто коморбидна раннему 1 детям с аутизмом [23]. В клетках головного мозга детей, страдающих аутизмом, выявлено изменение энергетического обмена: снижены клеточная энергетика и запас энергии митохондрий, что может приводить к когнитивным нарушениям, проблемам с речью и аномальному клеточному энергообмену [24]. Выявленная устойчивость клеток к окислительному стрессу в значительной степени определяется количеством копий активных рибосомных генов в геноме клеток [25].

Автоиммунные теории возникновения РАС рассматривают иммунный воспалительный процесс в качестве одного из звеньев патогенеза. Показано, что повреждение мозга плода циркулирующими специфическими материнскими антителами лежит в основе многих врожденных нарушений развития, в том числе аутизма. Выявлен высокий уровень аутоантител к нейроантигенам преимущественно у пациентов с наиболее тяжелыми формами РАС в стадии обострения заболевания, сопровождающимися психотическими реакциями.

«Аффективная» и «когнитивная» гипотезы. Эти гипотезы рассматривают аутизм как следствие нарушений когнитивных процессов и эмоциональной сферы. «Аффективная» гипотеза была предложена Хобсоном, который разделял представление Каннера о врожденном нарушении эмоциональных контактов — «первичном дефиците аффективности». Эта теория не получила широкого распространения, так как она оказалась недостаточной для объяснения дефицита социализации у аутичных детей. «Когнитивная» гипотеза, наоборот, в последние времена развивается, касаясь в основном таких сфер РАС, как нарушения социализации и коммуникации. Эта теория тоже опирается в своих

предпосылках на биологическую основу, а именно на открытие в мозге высших животных и человека системы зеркальных нейронов. В многочисленных исследованиях последних лет показано, что работа системы зеркальных нейронов нарушена у людей с аутизмом, и это может влиять на их способность моделировать восприятие других индивидуумов. Неправильное функционирование MNS-систем возможно в результате комбинации генетических факторов и неблагоприятных факторов окружающей среды. Способность увидеть мир с точки зрения другого человека обозначают в литературе термином «theory of mind» — «модель психического состояния», или «понимание чужого сознания». Дети с аутизмом часто неправильно понимают желания и поведение окружающих, относятся к ним как к неодушевленным предметам. Они пребывают в растерянности в тех ситуациях, когда необходимо догадываться о 12 намерениях, знаниях и эмоциях других. Снижена эмоциональная отзывчивость или эмпатия. Гипотеза зеркальных нейронов позволяет объяснять с сугубо естественно-научной точки зрения такие явления социальной жизни, как подражание, эмпатия, понимание чужого сознания, и вскрывает нейрофизиологические механизмы такого серьезного заболевания, как аутизм[31].

Психосоциальные (перистатические) факторы скорее являются дополнительными, не влияют на происхождение РАС, но прослеживается связь во времени между конфликтом или стрессом и манифестиацией болезни. Ранее существовали представления, что аутизм связан с эмоциональной холодностью чрезмерно интеллектуальной матери, которая была не способна подарить ребенку свое тепло и любовь. Однако современные специалисты склонны принимать в расчет генетические и другие факторы, учитывая опыт привязанности в системе «мать-дитя» в генезе психических и поведенческих нарушений.

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

По критериям, принятым Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), при аутическом расстройстве личности отмечаются:[6]

- качественные нарушения в сфере социального взаимодействия;
- качественные нарушения способности к общению;
- стереотипные модели поведения и видов деятельности;
- ограниченный интерес к окружающему.

Аутичные дети любым способом избегают общения с людьми. Кажется, что они не понимают, или не слышат, что им говорят. Как правило, эти дети совсем не говорят, а если такое случается, то для общения они не используют слова. Наблюдается большой интерес ко всяkim механическим предметам, и необыкновенная ловкость в обращении с ними. К обществу же они, напротив, проявляют равнодушие.

Дети – аутисты по – сравнению со здоровыми сверстниками значительно реже жалуются. На конфликтную ситуацию они, как правило, реагируют криком, агрессивными действиями либо занимают пассивную – оборонительную позицию. Обращение за помощью к старшим членам

редки. Многие из таких детей страдают тяжелым нарушением процесса приема пищи. Иногда они вообще отказываются есть. Чего только не пробовали родители четырехлетней девочки, чтобы пробудить у нее аппетит. Она от всего отказывалась, но при этом ложилась на пол рядом с собакой, принимала ту же позу и начинала есть из той же миски, беря пищи только ртом. Но это крайний случай. Чаще приходиться сталкиваться с предпочтением определенных пищевых продуктов. Так же, ауты [1] дети могут страдать тяжелыми нарушениями сна. Особенно трудно для них заснуть. Период сна может быть сокращен до минимума, отсутствует регулярность. Есть такие, которые не спят в кроватке, некоторые спят в одиночку, а некоторым обязательно присутствие матери. Эти странные особенности детей с РДА, возможно связаны с какими – либо навязчивыми идеями или страхами, которые занимают одно из ведущих мест в формировании аутического поведения детей[1].

Многие обычные окружающие предметы или явления вызывают у них чувство страха. Аутические страхи деформируют предметность восприятия окружающего мира. У аутичных детей встречаются и необычные пристрастия, фантазии, влечения и они как бы полностью захватывают ребенка, их нельзя отвлечь и увести от этих действий. Диапазон их очень широк. Одни дети раскачиваются, перебирают пальцами, теребят веревочку, рвут бумагу, бегают по кругу или от стены к стене. У некоторых имеются фантастические перевоплощения в животных или сказочные персонажи. Эти особые действия, пристрастия, фантазии играют важную роль в патологическом приспособлении таких детей к окружающему и к себе[20].

По уровню эмоциональной регуляции, аутизм может проявляться в разных формах:[2]

- как полная отрешенность от происходящего;
- как активное отвержение;
- как захваченность аутическими интересами;

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

Таким образом, различают четыре группы детей с ранним детским аутизмом, которые определяют собой разные ступени взаимодействия с окружающей средой и людьми:[26]

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

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

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

4) У детей 4-й группы аутизм в наиболее легком варианте. На первом плане повышенная ранимость, тормозимость в контактах. Этот ребенок сильно зависит от эмоциональной поддержки взрослых. Важно обеспечить атмосферу безопасности, четкий спокойный ритм занятий, периодически включая эмоциональные впечатления.

Патогенетические механизмы РДА остаются недостаточно ясными. В разное время разработки этого вопроса внимание уделялось разным

причинам и механизмам возникновения этого нарушения. Длительное время господствовала гипотеза о его психогенной природе. Она состояла в том, что такие условия развития ребенка, как подавление его психической активности и аффективной сферы «авторитарной» матерью, приводят к патологическому формированию личности[27].

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

При анализе ранней симптоматики РДА возникает предположение этиологических механизмов развития, что проявляется в полярном отношении к матери, в больших трудностях формирования самых элементарных коммуникативных сигналов, слабости инстинкта самосохранения и аффективных механизмов защиты. При этом у детей наблюдается неадекватные, атавистические формы познания окружающего мира, такие, как облизывание, обнюхивание предмета. В связи с последним высказываются предположения о поломке биологических механизмов аффективности, первичной слабости инстинктов, информационной блокаде, связанной с расстройством восприятия, о недоразвитии внутренней речи, центральном нарушении слуховых впечатлений, которое ведет к блокаде к потребности в контактах и т.д.[3].

К первичным расстройствам при РДА относятся повышенная сенсорная и эмоциональная чувствительность, и слабость энергетического потенциала; к вторичным – сам аутизм, как уход от окружающего мира, ранящего интенсивностью своих раздражителей, а также стереотипии, сверхценные интересы, фантазии, расторможенность влечений – как псевдокомпенсаторные аутостимуляции, возникающие в условиях самоизоляции. У них ослаблена эмоциональная реакция на близких, вплоть до полного отсутствия внешнего реагирования, так называемая «аффективная

блокада»; недостаточная реакция на зрительные и слуховые раздражители, что придает таким детям сходство со слепыми и глухими.

К настоящему времени сложилось представление о двух типах аутизма:[19]

- классический аутизм Каннера (РДА);
- и варианты аутизма (аутические состояния разного генезиса).

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

Итак, можно выделить основные причины возникновения РДА:

- это могут быть врожденные патологии нервной системы;
- ранние психические травмы;
- неправильное, холодное отношение родителей к ребенку;
- недостаточность центральной нервной системы (врожденная аномальная конституция, органические поражения ЦНС и т.д.)

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

Что касается признаков РДА, к ним относятся:[4]

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

1) нарушение речевого развития. Речевые расстройства ~~значительно~~ варьируют по степени тяжести и по своим проявлениям. Выделяют следующие речевые нарушения:

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

- оторванность такого ребенка от мира, сказывается на его самосознании;
- стереотипность речи, склонность к словотворчеству, по сути у всех детей становление речи проходит через период эхолалий.

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

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

Аутизм может проявляться как пассивный уход, безразличие, при этом может быть избирательность в контактах: общение только с одним человеком, и полная зависимость от него – «симбиотическая связь». Контакт с миром осуществляется через этого человека. Наблюдается так же тенденция к сохранению постоянства, стереотипов. Это своего рода приспособление ребенка к своим трудностям. Аутичный ребенок склонен к аутостимуляциям, таким как: бег по кругу, раскачивание и т.д. Эти движения усиливаются, когда ребенок боится чего – либо. Аутичный ребенок не выполняет инструкций, игнорируя их, убегая от взрослого и делая все наоборот. Но все – таки при правильной коррекции у таких детей удается достичь видимых результатов[9].

1.2 Особенности развития познавательной сферы

В целом для психического развития при аутизме свойственна неравномерность. Так, повышенные способности в отдельных областях в таких как музыка, математика, живопись могут сочетаться с тяжелым нарушением обычных жизненных умений и навыков[8].

Рассмотрим, каждый компонент познавательной сферы по отдельности:

1) Внимание

Недостаточность общего, и в том числе психического, тонуса, сочетающаяся с повышенной сенсорной и эмоциональной чувствительностью, обусловливает крайне низкий уровень активного внимания. С самого раннего возраста отмечается негативная реакция или вообще отсутствие какой-либо реакции при попытках привлечь внимание ребенка к предметам окружающей действительности. У детей, страдающих РДА, наблюдаются грубые нарушения целенаправленности и произвольности внимания, что препятствует нормальному формированию высших психических функций. Однако отдельные яркие зрительные или слуховые впечатления, идущие от предметов окружающей действительности, могут буквально завораживать детей, что можно использовать для концентрации внимания ребенка. Это может быть какой-либо звук или мелодия, блестящий предмет и т.п.[10].

Характерной чертой является сильнейшая психическая пресыщаемость. Внимание ребенка с РДА устойчиво в течение буквально нескольких минут, а иногда и секунд. В некоторых случаях пресыщение может быть настолько сильным, что ребенок не просто выключается из ситуации, а проявляет выраженную агрессию и пытается уничтожить то, чем он только что с удовольствием занимался.

2) Ощущения и восприятие

Для детей с РДА характерно своеобразие в реагировании на сенсорные раздражители. Данный факт выражается в повышенной сенсорной ранимости, и в тоже время, как следствие повышенной ранимости, для них характерно игнорирование воздействий, а также большое расхождение в характере реакций, вызываемых социальными и физическими стимулами.

Если в норме человеческое лицо является самым сильным и привлекательным раздражителем, то дети с РДА отдают предпочтение разнообразным предметам, лицо же человека практически мгновенно вызывает пресыщение и желание уйти от контакта.

Особенности восприятия наблюдаются у 71% детей, диагностированных как имеющих РДА (по данным К.С.Лебединской, 1992). К первым признакам «необычности» поведения детей с РДА, которые замечаются родителями, относятся парадоксальные реакции на сенсорные стимулы, проявляющиеся уже на первом году жизни. В реакциях на предметы обнаруживается большая полярность. У части детей реакция на «новизну», например изменение освещения, необычайно сильная. Это выражается в чрезвычайно резкой форме и продолжается длительное время после прекращения действия раздражителя. Многие дети, наоборот, яркими предметами заинтересовывались слабо, у них также не отмечалось реакции испуга или плача на внезапные и сильные звуковые раздражители, и вместе с тем у них отмечали повышенную чувствительность к слабым раздражителям: дети просыпались от едва слышного шуршания, легко возникали реакции испуга, страха на индифферентные и привычные раздражители, например работающие в доме бытовые приборы[13].

В восприятии ребенка с РДА отмечается также нарушение ориентировки в пространстве, искажение целостной картины реального предметного мира. Для них важен не предмет в целом, а отдельные его сенсорные качества: звуки, форма и фактура предметов, их цвет. У

большинства детей наблюдается повышенная любовь к музыке. Они повышенно чувствительны к запахам, окружающие предметы обследуют с помощью обнюхивания и облизывания. Большое значение имеют для детей тактильные и мышечные ощущения, идущие от собственного тела. Так, на фоне постоянного сенсорного дискомфорта дети стремятся получить определенные активирующие впечатления (раскачиваются всем телом, совершают однообразные прыжки или кружатся, получают удовольствие от разрыва бумаги или ткани, переливают воду или пересыпают песок, наблюдают за огнем). При часто сниженной болевой чувствительности у них наблюдается склонность к нанесению себе различных повреждений[16].

3) Память и воображение

С самого раннего возраста у детей с РДА отмечается хроническая механическая память, что создает условия для сохранения следов эмоциональных переживаний. Именно эмоциональная память стереотипизирует восприятие окружающего: информация входит в сознание детей целыми блоками, хранится, не перерабатываясь, применяется шаблонно, в том контексте, в котором была воспринята. Дети могут снова и снова повторять одни и те же звуки, слова или без конца задавать один и тот же вопрос. Они легко запоминают стихи, при этом строго следят за тем, чтобы читающий стихотворение не пропустил ни одного слова или строчки, ритм стиха дети могут начать раскачиваться или сочинять собственный текст. Дети данной категории хорошо запоминают, а затем с легкостью повторяют различные движения, игровые действия, звуки, целые рассказы, стремятся к получению привычных ощущений, поступающих через все сенсорные каналы: зрение, слух, вкус, обоняние, кожу[30].

Относительно воображения существуют две противоположные точки зрения: согласно одной из них, отстаиваемой еще Л. Каннером, дети с РДА имеют богатое воображение, согласно другой — воображение этих детей если и не снижено, то причудливо, имеет характер патологического

фантазирования. В содержании аутистических фантазий переплетаются случайно услышанные ребенком сказки, истории, кинофильмы и радиопередачи, вымышенные и реальные события. Патологические фантазии детей отличаются повышенной яркостью и образностью. Нередко содержание фантазий может носить агрессивный оттенок. Дети могут часами, ежедневно, в течение нескольких месяцев, а иногда и нескольких лет, рассказывать истории о мертвецах, скелетах, убийствах, поджогах, называют себя «бандитом», приписывают себе различные пороки[17]

Патологическое фантазирование служит хорошей основой для появления и закрепления различных неадекватных страхов. Это могут быть, например, страхи меховых шапочек, тех или иных предметов и игрушек, лестниц, увядших цветов, незнакомых людей. Многие дети боятся ходить по улицам, опасаясь, например, что на них наедет машина, они испытывают неприязненное чувство, если им случается испачкать руки, раздражаются, если на их одежду попадает вода. У них проявляются более выраженные, чем в норме, страхи темноты, боязнь остаться одним в квартире[10].

4) Речь

У детей с РДА отмечается своеобразное отношение к речевой действительности и одновременно — своеобразие в становлении экспрессивной стороны речи.

При восприятии речи заметно сниженная (или полностью отсутствующая) реакция на говорящего. «Игнорируя» простые, обращенные к нему инструкции, ребенок может вмешиваться в не обращенный к нему разговор. Лучше ребенок реагирует на тихую, шепотную речь.

Первые активные речевые реакции, проявляющиеся у нормально развивающихся детей в виде гуления, у детей с РДА могут запаздывать, отсутствовать или быть обедненными, лишенными интонирования. У большинства с двух лет появляется фразовая речь, как правило, с чистым произношением. Но дети практически не пользуются ею для контактов с

людьми. Они редко задают вопросы; если таковые появляются, то носят повторяющийся характер. При этом наедине с собой дети обнаруживают богатую речевую продукцию: что-то рассказывают, читают стихи, напевают песенки. Некоторые демонстрируют выраженную многоречивость, но, несмотря на это, получить ответ на конкретный вопрос от таких детей очень сложно, их речь не сочетается с ситуацией и никому не адресована.

5) Мышление

Уровень интеллектуального развития связан, прежде всего, со своеобразием аффективной сферы. Они ориентируются на перцептивно яркие, а не на функциональные признаки предметов. Эмоциональный компонент восприятия сохраняет свое ведущее значение при РДА[1] на протяжении школьного возраста. В итоге усваивается лишь часть признаков окружающей действительности, слабо развиваются предметные действия.

Развитие мышления у таких детей связано с преодолением огромных трудностей произвольного обучения, целенаправленного разрешения реально возникающих задач. Многие специалисты указывают на сложности в символизации, перенося навыков из одной ситуации в другую. Такому ребенку трудно понять развитие ситуации во времени, установить причинно-следственные зависимости. Это очень ярко проявляется в пересказе учебного материала, при выполнении заданий, связанных с сюжетными картинками. В рамках стереотипной ситуации многие аутичные дети могут обобщать, использовать игровые символы, выстраивать программу действий. Однако они не в состоянии активно перерабатывать информацию, активно использовать свои возможности, с тем чтобы приспосабливаться к меняющимся окружению, среде, обстановке[11].

В то же время интеллектуальная недостаточность не является обязательной для раннего детского аутизма. Дети могут проявлять одаренность в отдельных областях, хотя аутистическая направленность мышления сохраняется. При выполнении интеллектуальных тестов

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

Таким образом можно сделать вывод, что дети с диагнозом АДХР имеют свои специфические особенности, которые проявляются во многих аспектах.

ГЛАВА II ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ СФЕРЫ

2.1 Обследование ребенка с диагнозом РДА

Целью моего эмпирического исследования является проведение диагностики познавательной сферы у ребенка с диагнозом ранний детский аутизм.

Для диагностики познавательных процессов был обследован испытуемый Вадим, возрастом 5 лет, ребенок с диагнозом РДА. При ранней диагностике аутизма у детей лечение может иметь заметные результаты, и главная направленность терапии — обучение и социализация ребенка[2]. Изначально был проведен сбор анамнеза от родителей ребенка.

Сбор анамнеза:

1) Данные о семье. В семье 4 человека: родители и двое детей. Мать — 43 года, образование среднее специальное, не работает. Здорова. По характеру общительная, доброжелательная. Сильно привязана к обследуемому. Отец — 44 года, образование высшее, военнослужащий, здоров. Общительный, спокойный. Старший брат — 15 лет, школьник здоров, спокойный, уравновешенный, имеет много друзей.

2) Признаки отягощенной наследственности: дядя по л/м (линии матери) заикается, дед по л/м злоупотреблял алкоголем. Дальняя родственница — «умственно отсталая», не училась.

3) Раннее детство Вадима:

Первый год жизни. В грудном возрасте был беспокойный, крайне подвижным, плохо спал, «постоянно был недоволен», практически все время

проводил на руках или у матери, или у старшего брата, который помогал матери. На грудном вскармливании до 6 месяцев.

С 1 месяца начал держать голову, к 2-м — улыбался, фиксировал взгляд на ярком предмете, с 4 месяцев — оживлялся, узнавал мать. Сидит с 6 месяцев. С 10 месяцев ходит: «не ковылял постепенно, как другие дети, а сразу встал и побежал». Гуление, лепет отмечались до 1 года. Первые слова к 1 году: «мама», «папа», «баба», «дай». (Фраза так и не появилась).

Вывод: отсутствие признаков аутизма на первом году жизни. Двигательное беспокойство, ненасыщаемая потребность в постоянном тактильном контакте и непереносимость даже кратковременной разлуки с матерью свидетельствуют о тревоге и симбиозе.

Второй год жизни. Мальчик рос очень подвижным, требовал постоянного внимания: прыгал с высоты, залезал на подоконник, мог высунуть ноги в форточку. Игрушками интересовался на короткое время. Ролевой игры не было, бросал игрушки, предназначенные для нее, предпочитал мячи. Любил играть с бытовыми предметами, особенно с кастрюлями: подолгу мог ими греметь, вкладывать друг в друга. На прогулках стремился к детям, но в игры не включался. С 1 года полюбил ходить определенными маршрутами, требовал от матери строить прогулку в соответствии с ними. Дома рвал ворс из ковров и ел.

В возрасте 1 года 3 месяцев семья сменила место жительства. Радим перестал реагировать на обращения, перестал пользоваться речью, ухудшился сон. Перестал стремиться к контакту с матерью, убегал. Стремился только к телевизору, мог подолгу смотреть рекламу. Мать специально использовала для кормления видеокассету с записью рекламы, так как удержать ребенка на месте и накормить его можно было только «под рекламные ролики».

Вывод: На втором году стали отчетливыми признаки аутизма и дефицита привязанности: стереотипная одиночная игра, искажения

чувствительности, слабость инстинкта самосохранения и извращение эмоциональных реакций на близких людей, регресс в развитии речи и слабость адаптации в новой ситуации. Очевидно, что ребенок не старается согласовать собственную активность с эмоциональной реакцией матери. Предпочтение повторяющегося рекламного видеоряда общению с матерью — распространенный аутистический симптом.

Третий год жизни. Навыками опрятности овладел к 2 годам. В этом возрасте появилась новая игра: раскладывал игрушки в ряды по определенному признаку (только машинки, только игрушки определенного цвета). Подолгу листал книги, журналы, вырывал из них листы и раскладывал в ряд страницы с одинаковыми картинками. Взгляд ребенка стал «скользящим», перестал смотреть в глаза. Если что-то было нужно, то пользовался рукой матери, вел ее в желаемом направлении. Появилась агрессия к родным в ответ на запреты. С 3 лет начал рвать у себя волосы и есть их, биться головой и руками о стену.

К психиатру обратились в 3,5 года. Мальчик получает таблетки. Мать отмечала улучшение: мальчик перестал биться головой, вырывать волосы, стал спокойнее. В 3 года 8 месяцев появились постоянные своеобразные движения руками: мальчик вытягивает руки ладонями вперед, напрягает кисти. Через 3 месяца мать перестала отмечать эффект от лечения. Где после были назначены другие таблетки. Состояние стабилизировалось, ребенка отдали в коррекционный детский сад.

Вывод: Несмотря на усиление аутизма (о чем свидетельствует появление двигательных стереотипий, навязчивых движений), исследовательское поведение ребенка развивалось автономно: мальчик самостоятельно классифицировал объекты по разным признакам, что свидетельствует о сохранности формального интеллекта и позволяет надеяться на благоприятный прогноз.

Настоящее время:

Вадим посещает коррекционный детский сад, состоит га учете у психиатра, принимает таблетки. В детском саду находятся как обычные, без патологий дети, так и с некоторыми нарушениями. В детском саду играет в игрушки, общается с детьми, бывают вспышки агрессии. Освоился, состояние в целом стабильное.

Интересуется неречевыми звуками (писк, мелодия), улыбается, пытается произнести название цвета клавиши музыкальной игрушки, Нравятся книжки с отдельными изображениями, выслушивает названия картинок, повторяет их. Разговаривает, хорошо запоминает стихи.

Простые коммуникативные игры типа простой игры в мяч практически отработаны частично (мальчик может поймать мяч, взрослому он бросает, но через некоторое время).

Далее произошло знакомство с мальчиком, днем в коррекционном саду, мамы рядом не было. Улыбался, долго рассматривал цепочку на шее. Предложил поиграть в мяч, был активен. Согласился, пройти предложенные методики, которые были проведены в кабинете психолога.

Используемые методы диагностики: беседа, наблюдение, 4 методики.

Для диагностики мной были выбраны следующие методики:

1) Методика «Чего не хватает на этих рисунках?» (для детей 4-5 лет)
Автор: Немов Р.С.

Цель: выявление уровня развития восприятия детей с 4 лет.

Стимульный материал: 7 картинок с изображением предметов, на которых не хватает какой - либо существенной детали(см.Рис 1)

Проведение обследования: Ребёнку предлагаются картинки, дается инструкция: «На каждой из картинок не хватает какой-то важной детали,

посмотри внимательно и назови отсутствующую деталь». Время проведения обследования - 25 секунд.

Инструкция:

10 баллов (очень высокий уровень развития) - ребёнок справился с заданием за время меньшее, чем 25 секунд, назвав при этом все 7 недостающих на картинках предметов.

8 - 9 баллов (высокий уровень развития) - время поиска всех недостающих предметов заняло от 26 до 30 секунд.

6 - 7 баллов (норма) - время поиска заняло от 31 до 35 секунд.

4 - 5 баллов (средний) - время поиска составило от 36 до 40 секунд.

2 - 3 балла (низкий) - время поиска оказалось в пределах от 41 до 45 секунд.

0 - 1 балл (очень низкий) - время поиска составило в целом больше чем 45 секунд

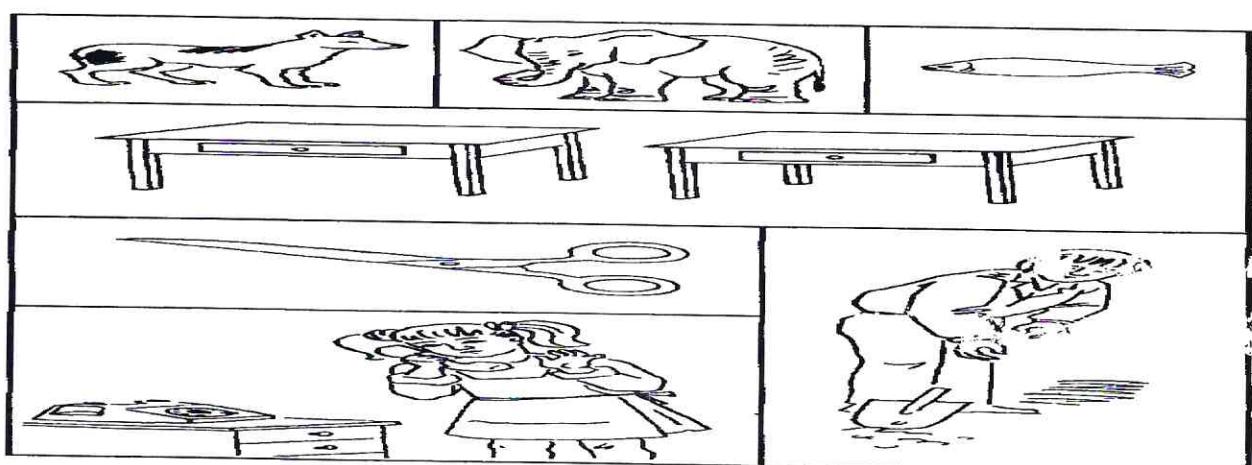


Рис 1.

Оценка результатов: данная методика была оценена в 1 балл(время поиска составило более 45 секунд) из 10 баллов. Оценка в 1 балл интерпретируется

низким уровнем развития. Данный балл можно объяснить тем, что ребенок имеет некоторые особенности психического развития, поэтому время для того, чтобы справиться с заданием составило 1 минута 15 секунд. Недостающие предметы были названы без ошибок.

2) Методика «Какие предметы спрятаны в рисунках?» (для детей до 6 лет)
Автор: Немов Р. С.

Цель: выявление уровня развития восприятия, мышления.

Стимульный материал: 3 рисунка с изображением наложенных друг на друга контуров реальных объектов(см.Рис.2)

Проведение обследования: ребёнку последовательно представляется 3 картинки. Инструкция: «На рисунке спрятались предметы. Найди как можно больше предметов и назови их». Время обследования - 1 минута.

Инструкция обработки: 10 баллов (очень высокий уровень развития) - названы 14 предметов, время - 20 секунд.

8 - 9 баллов (высокий уровень развития) - названы все предметы за 21 - 30 секунд.

6 - 7 баллов (норма) - названы все предметы за 31 - 40 секунд.

4 - 5 баллов (средний уровень развития) - решение задачи с временем - 41 - 50 секунд.

2 - 3 балла (низкий) - ребёнок справился с задачей за 51 - 60 секунд.

0 - 1 балл (очень низкий) - за время большее 60 секунд ребёнок не смог решить задачу по поиску и названию всех 14 предметов.

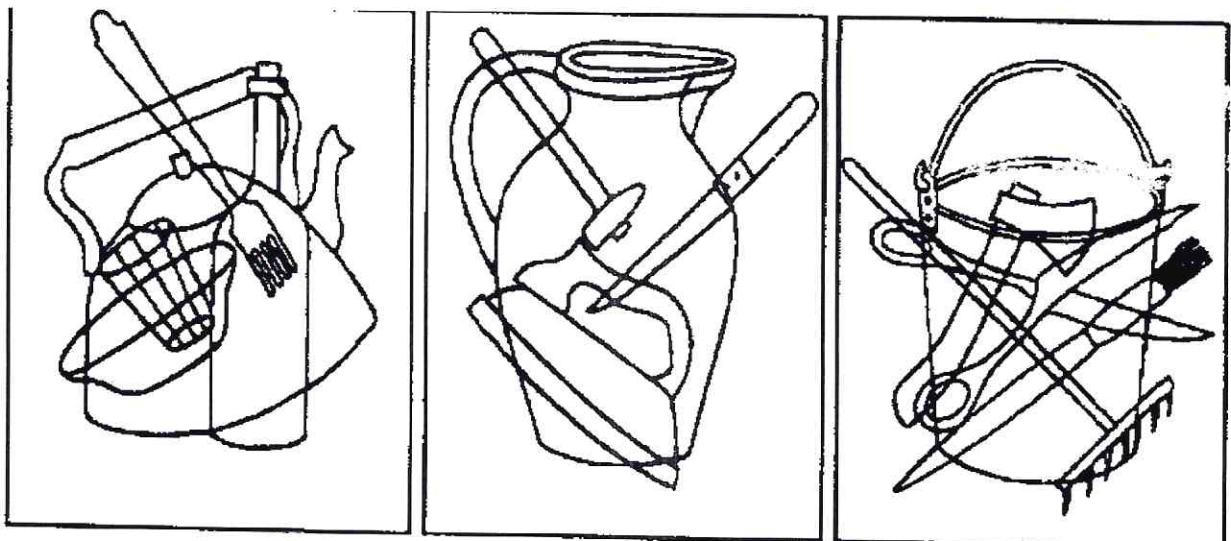


Рис. 2

Данная методика была оценена в 0 баллов(за время, большее чем 60 сек, ребенок не смог решить задачу по поиску и названию всех 14 предметов, «спрятанных» в трех частях рисунка). Были названы все детали на рисунке 2, но время затраченное на их поиск составило около 5 минут.

3) Методика «Проставь значки» (для детей 4-5 лет)

Автор: Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. – М., 2005

Цель: предназначена для оценки переключаемости и распределенности внимания ребенка 5-6 лет.

Инструкция: Перед началом выполнения задания ребенку показывают рис. 3 и объясняют, как с ним работать. Эта работа заключается в том, чтобы в каждом из квадратиков, треугольников, кружков и ромбиков проставить тот знак, который задан вверху на образце, т.е., соответственно, галочку, черту, плюс или точку.

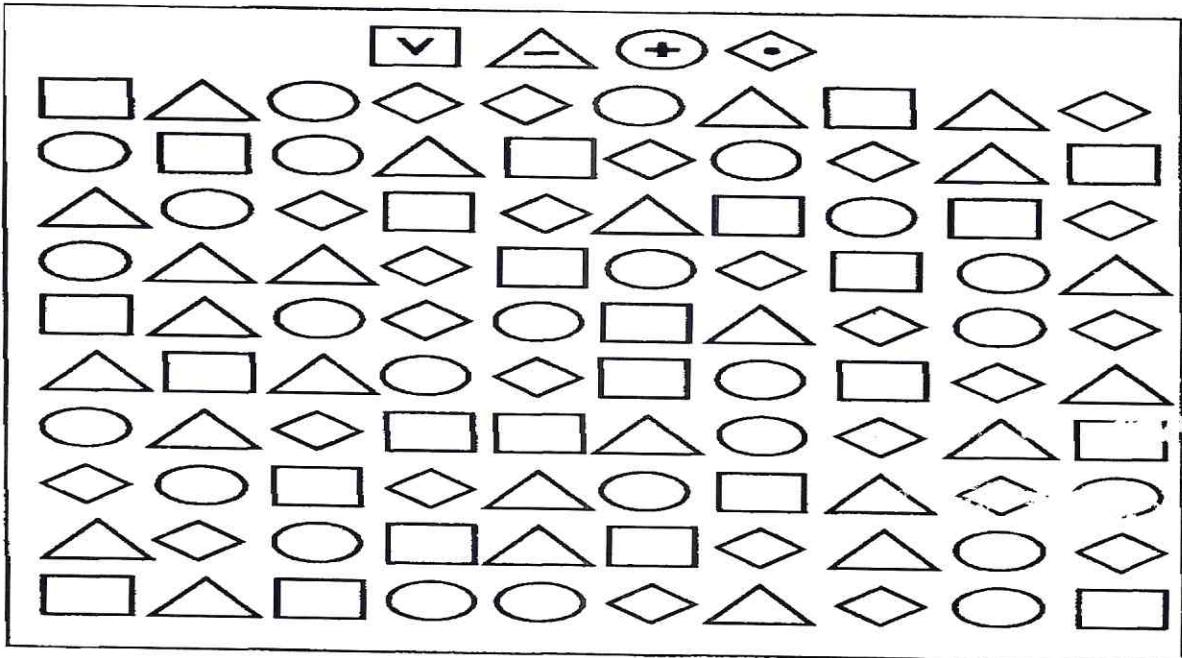


Рис 3.

Ребенок непрерывно работает, выполняя это задание в течение двух минут, а общий показатель переключения и распределения его внимания определяется по формуле:

где S – показатель переключения и распределения внимания;

N – количество геометрических фигур, просмотренных и помеченных соответствующими знаками в течение двух минут;

n – количество ошибок, допущенных во время выполнения задания.

Ошибками считаются неправильно проставленные знаки или пропущенные, т.е. не помеченные соответствующими знаками, геометрические фигуры.

Данная методика была оценена в 2 балла(показатель S находится в пределах от 0,00 до 0,25), что интерпретируется низким переключением и распределением внимания. После 2 минут выполнения задания отказался продолжать. Начал отвлекаться на посторонние вещи.

4) Методика «Кто это» Автор: М.М.Безруких

Цель: выявление уровня воображения, памяти

Инструкция: Прежде чем применять эту методику, ребенку объясняют что ему будут показаны части, фрагменты некоторого рисунка, по которым необходимо будет определить то целое, к которому эти части относятся, т.е. по части или фрагменту восстановить целый рисунок. Ребенку показывают рис. 4, на котором листком бумаги прикрыты все фрагменты, за исключением фрагмента «а». Ребенку предлагается по данному фрагменту сказать, какому общему рисунку принадлежит изображенная деталь. На решение данной задачи отводится 10 сек. Если за это время ребенок не сумел правильно ответить на поставленный вопрос, то на такое же время – 10 сек – ему показывают следующий, чуть более полный рисунок «б», и так, пока ребенок, наконец, не догадается, что изображено на этом рисунке. Учитывается время, в целом затраченное ребенком на решение задачи, и количество фрагментов рисунка, которые ему пришлось просмотреть прежде, чем принять окончательное решение.

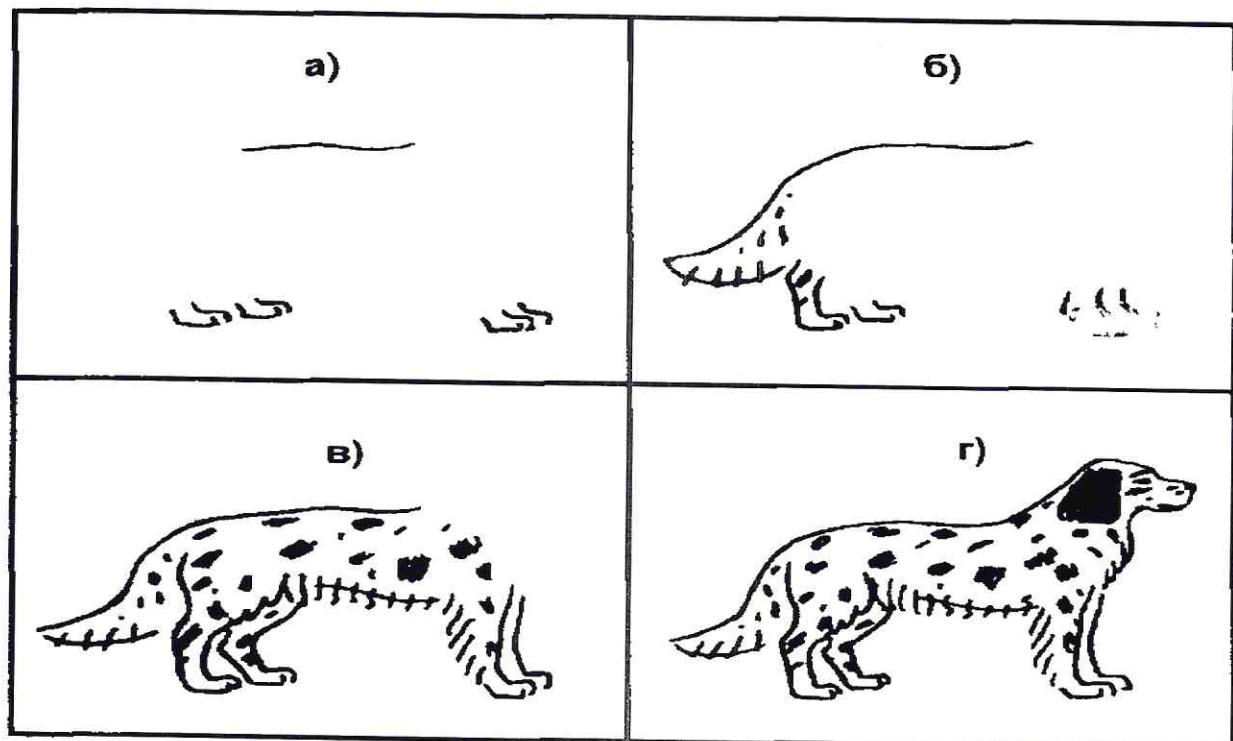


Рис 4.

Интерпретация:

10 баллов – ребенок по фрагменту изображения «а» за время меньшее, чем 10 сек, сумел правильно определить, что на целом рисунке изображена собака.

7–9 баллов – ребенок установил, что на данном рисунке изображена собака, только по фрагменту изображения «б», затратив на это в целом от 11 до 20 сек.

4–6 баллов – ребенок определил, что это собака, только по фрагменту «в», затратив на решение задачи от 21 до 30 сек.

2–3 балла – ребенок догадался, что это собака, лишь по фрагменту «г», затратив от 30 до 40 сек.

+0–1 балл – ребенок за время, большее, чем 50 сек, вообще не смог догадаться, что это за животное, просмотрев все три фрагмента. «а», «с» и «в».

Выводы об уровне развития:

10 баллов – очень высокий.

8–9 баллов – высокий.

4–7 баллов – средний.

2–3 балла – низкий.

0–1 балл – очень низкий.

Данная методика была оценена в 4 балла (ребенок определил, что это собака, только по фрагменту «в», затратив на решение задачи от 21 до 30 сек) из 10 баллов.

Из проведенного исследования можно сделать вывод: Внимание и память носят непроизвольный характер. Волевая регуляция деятельности сформирована частично. Причинно-следственные связи устанавливает и осмысливает с трудом. Мышление конкретное. Внимание избирательно и

кратковременно. Даже если внимание привлечено слабо сосредотачивается, легко рассеивается. Произвольное переключение затруднено. Произвольность регуляции собственных действий, самоконтроль слабо развиты. Поведение Вадима было зависящим от внешних предметов и стимулов. Желание понравиться взрослому, заслужить его одобрение отсутствовало. Ребёнка не сразу удалось привлечь к выполнению действий к предлагаемым заданиям.

2.2 Рекомендации по развитию познавательных процессов детям с РДА

Учитывая проведенные методики, можно сделать вывод что, у ребенка низкий уровень развития, с нарушением восприятия, а также с низким переключением и распределением внимания, что можно объяснить диагнозом. Но вместе с тем, он успешно справился с заданиями, но на это затрачивалось значительно больше времени. В связи с этим необходимо развивать познавательные процессы. Можно дать следующие рекомендации:

1)Развивать внимание. Внимание – это проявление избирательной направленности процессов сознания.

- все свойства внимания значительно развиваются в результате упражнений.
- выкладывания узора из мозаики.
- выкладывания фигуры из палочек.
- нахождения различий в двух похожих картинках.
- нахождения двух одинаковых предметов среди множества.
- нанизывание бусинок.

При выполнении заданий не торопить ребенка, учитывать его индивидуальные особенности и темп деятельности, в которой он работает.

2) Развитие памяти. Память можно определить как способность в хранению, хранению и воспроизведению информации. У детей с данным диагнозом развита непроизвольная память(основана на эмоциях и интересе)

- заинтересовать ребенка той информацией, которую он изучает.
- убедиться, чтобы тот материал, который запоминает ребенок был ему понятен.
- время для изучения материала лучше поделить на разумные временные отрезки, так как малыми порциями материал запоминается лучше.
- попросить ребенку повторять пройденный материал систематически (например: на следующий день).
- при заучивании предлагайте ребенку проговаривать вслух.

3) Развитие восприятия. Восприятие – отражение сознанием человека предметов и явлений действительности в момент их воздействия на органы чувств.

- учить различать цвета и их оттенки.
- различать форму предметов и их фигуры .
- сравнивать предметы по величине, длине, ширине.
- выражать словами какой предмет больше(меньше), длиннее(короче), выше(ниже), шире(уже).
- сравнивать до 10 предметов различных по величине.
- учить понимать значение слов «вчера», «сегодня», «завтра» Знать дни недели, месяцы, годы.

Общие рекомендации по обращению взрослого с ребенком с диагнозом аутизм:

Родителям аутичного ребенка важно научиться не сравнивать своего

малыша с остальными детьми. Нужно адекватно оценивать реальный уровень его развития, его особенности и ориентироваться на динамику достижений самого ребенка, а не на возрастные нормы. Родители должны:

1. Создать дома спокойную, доброжелательную атмосферу с теми режимными ограничениями и особенностями, которые связаны с отклонениями в психическом здоровье ребенка.
2. Работа по выстраиванию элементарных коммуникаций, алгоритмов (простых) продуктивной деятельности
3. Постоянно наблюдать за соматическим и психологическим состоянием ребенка.
4. Открыто обсуждать в семье все проблемы ребенка, выбрать кого-то из ее членов, кто наиболее морально и физически готов к участию в реабилитационном процессе.
5. Улавливать малейшие вербальные и невербальные сигналы ребенка, свидетельствующие о его дискомфорте.
6. Как можно чаще разговаривать с ребенком.
7. Обеспечить комфортную обстановку для общения и обучения.
8. Терпеливо объяснять ребенку смысл его деятельности, используя четкую наглядную информацию (схемы, карты, картинки).
9. Сначала научить, а затем давать ребенку возможность справится со своим недовольством(гневом злостью), прежде чем оказать ему помощь.

При проявлении негативизма:

Негативизм — это психологически не мотивированное противодействие, стремление все делать наоборот. Это может быть немотивированный отказ, бездействие, избегание контакта, активное противодействие, протест. Такое нарушение может быть обусловлено различными причинами: неправильным воспитанием, невротическими и

неврозоподобными расстройствами, личностными особенностями, проявление которых может обостряться в период возрастных кризисов.

При негативизме лучше всего следовать рекомендациям:

- При контакте с ребенком необходимо исключить психологическое давление на него, угрозы и физическое наказание. Ошибочно рассматривать такое поведение как злостное, нарочитое упрямство и проявлять раздражение и гнев. Подобный подход вреден, так как усугубляет тяжесть нарушения. К сожалению, настойчивые просьбы, уговоры, разумные доводы взрослого также могут оказаться безрезультатными и способствовать дальнейшему закреплению аномальных форм коммуникации.
- Рекомендуется избегать ситуаций, провоцирующих вспышки негативизма, предупреждать и преодолевать нежелательные реакции ребенка, используя не директивную, гибкую тактику управления. Необходимо помнить, что развитие коммуникативного поведения детей происходит через организацию коммуникативного взаимодействия.
- Эффективными оказываются «материнские» принципы взаимодействия. Эти принципы предполагают актуализацию аффективно-инстинктивных связей ребенка с матерью или лицом, ее заменяющим, а также опору на закономерности развития коммуникативного поведения ребенка на ранних этапах нормального онтогенеза во взаимодействии с матерью. Для ребенка с трудностями в развитии взаимодействие с матерью играет исключительно важную роль, что убедительно отражено в зарубежной литературе по проблемам детства. Автор рассматривает взаимодействие ребенка с матерью как источник и условие его развития. Анализ аффективно-инстинктивных связей в диаде «мать — дитя» позволил раскрыть ряд закономерностей развития взаимодействия в норме. Практика показала, что, опираясь на них при организации коррекционного взаимодействия, возможно определить эффективные способы коррекции психических нарушений у детей.

- При организации коррекционной работы необходимо учитывать указанные в литературе особенности, свойственные детям с РДА: наличие общей и психической дистонии, а также индивидуальной специфической гиперестезии по отношению к отдельным внешним раздражителям. В связи с этим взрослый стремится к предупреждению психической истощаемости и пресыщаемости путем своевременной смены и подбора видов деятельности и предметов.
- Поддержание оптимального психического тонуса ребенка, согласно рекомендациям специалистов по детскому аутизму, достигается путем дозированной эмоциональной подзарядки.
- Выделяется и такая важная особенность работы с детьми, страдающими аутизмом, как учет их специфических интересов и влечений. Для того чтобы взрослый в плане эмоционального контакта смог стать для ребенка неотвергаемой персоной, родитель (педагог) должен выяснить избирательные интересы ребенка.
- Главным препятствием к совершению коммуникативного действия может стать развитие внутреннего конфликта у ребенка. По мере развития этого конфликта, создаваемого побудительными и заградительными импульсами к действию, нарастает внутреннее напряжение. Для предупреждения и преодоления рассматриваемого конфликта ребенок нуждается в специально организованном коррекционном взаимодействии со взрослым. Для этого необходимо использование особых приемов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в данной работе был проведен обзор исследований РДА в психологии, рассмотрены причины и факторы возникновение данной патологии, особенности развития познавательной сферы, проведена диагностика и даны рекомендации. Гипотеза в начале исследования была подтверждена: у детей с диагнозом РДА познавательная сфера имеет свои особенности, что объясняется данным диагнозом. Хотелось бы отметить, что воспитывать и обучать детей с аутизмом обязательно нужно. Воспитая у ребенка познавательные процессы, а также интеллектуальные и коммуникативные способности, можно помочь ему быстро и безболезненно адаптироваться в среде. При правильной и своевременной коррекционной работе, соблюдения всех правил, ребенок может жить полноценной для него жизнью. Такие дети могут воспитываться и обучаться как в домах-интернатах, так и в специальных коррекционных учреждениях и реабилитационных центрах, но где бы ни обучался ребенок, в первую очередь родители должны быть его опорой и поддержкой, первыми учителями и воспитателями, так как ни одно дошкольное или школьное учреждение не может дать ребенку той любви и поддержки, которую он получит в своей семье.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Астапов В. М., Микадзе Ю. В Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития: Хрестоматия.- Издательский дом: Питер, 2010.- 256 с.
2. Башина В. М. Аутизм в детстве. М.: Медицина, 2005. 236 с. – URL : <http://www.psychiatry.ru/lib/54/book/2>(дата обращения 20.03.21)
3. Беттельхейм Б. Пустая крепость: Детский аутизм и рождение Я. М.: Академический Проект: Традиция, 2004.783 с.
4. Буторина Н.Е. Резидуально-органический психосиндром в клинической психиатрии детского и подросткового возраста. – Екатеринбург: изд-во АТОКСО, 2008. – 192 с.
5. Веденина М. Ю. Использование поведенческой терапии аутичных детей для формирования навыков бытовой адаптации //Дефектология. 2006. № 2. С. 31-40. – URL : <https://bibl22.ru/spiskiliter/difectology/autizm.html>(дата обращения 19.03.21)
6. Веденина М. Ю., Окунева О. Н. Использование поведенческой терапии аутичных детей для формирования навыков бытовой адаптации //Дефектология. 2005. № 3. С. 15-20.
7. Гельдер М., Гет Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии: Пер. с англ.: В 2 т. – К.: Сфера, 1999. – Т.2. – 436 с.
8. Гудман Р., Скотт С. Детская психиатрия. – 2-е изд. Пер. с англ. – Издательство «Триада-Х», 2008 г., - 405 с.
9. Детская психоневрология / Л.О. Булахова, О.М. Саган, С.М.Зинченко и др.; под ред. Л.О. Булаховой. – К.: Здоровье, 2001. – 496 с.

10. Доброхотова Т.А. Нейропсихиатрия. – М.: Издательство БИНОМ. – 2006. – 304 стр., ил.
11. Еникеев, М.И. Общая и социальная психология: Учебник / М.И. Еникеев. - М.: Норма, НИЦ ИНФРА-М, 2013. - 640 с.
12. Журавлев, А.Л. Социальная психология: Учебное пособие / А.Л. Журавлев, В.А. Соснин, М.А. Красников. - М.: Форум, 2011. - 496 с.
13. Забрамная С.Д., Боровик О.В. Практический материал для проведения психолого-педагогического обследования детей.- М.: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 2010. -115с.
14. Карапшук Л.Н., Разживина М.И. Проблема аутизма в современном мире.// Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие.- № 1 (4).- 2014.- С. 1-7
15. Карвасарская И. Б. В стороне: Из опыта работы с аутичными детьми. М.: Теревинф, 2003.68 с. – URL : <https://helpautism.ru/2012/10/17/knigi-po-autizmu/> (дата обращения 15.01.21)
- Котова, И.Б. Общая психология: Учебное пособие / И.Б. Котова, О.С. Канаркевич. - М.: Дашков и К, Академцентр, 2013. - 480 с.
16. Лебединская К. С, Никольская О. С. Дефектологические проблемы раннего детского аутизма // Дефектология. 2006. № 2. С. 10-15.
17. Мамайчук И. И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. 2-е изд. СПб.: Речь, 2006.404 с.
18. Макарова, И.В. Общая психология: Краткий курс лекций / И.В. Макарова. - М.: Юрайт, 2013. - 182 с.
19. Мартшес П. П. Психологическая коррекция агрессивных проявлений у детей и подростков с ранним детским аутизмом: Дипломная работа. СПб., 2000.

20. Мнухин С. С, Зеленецкая А. Е., Исаев Д. И. О синдроме «речи в детском аутизме», или синдроме Каннера у детей//Журнал невропатологии и психиатрии. 2005. № 10. С. 1501-1506.
21. Немов, Р.С. Общая психология. В 3-х т. Т. 3. Психология личности: Учебник / Р.С. Немов. - М.: Юрайт, 2012. - 739 с.
16. Никольская О. С. Проблемы обучения аутичных детей //Дефектология. 2004. № 2. С. 8-17.
22. Никольская О. С. Психологическая коррекция раннего детского аутизма // Журнал невропатологии и психиатрии. 2003. № 10. С. 1342-1344. URL : <https://ikp-rao.ru/txt/1523528567573.pdf> (дата обращения 01.04.21)
23. Организация специализированной помощи при раннем детском аутизме: Методические рекомендации / Сост. В. М. Башина, И. А. Козлова, В. С. Ястребов, Н. В. Симашкова и др. М.: Медицина, 2004.
24. Питере Т. Аутизм: От теоретического понимания к педагогическому воздействию. М.: Гуманитарный изд. центр «ВЛАДОС», 2003.238 с. – URL : <http://sovpb.ru/files/metodicheskie-rekomendatsii-po-organizatsii-zhizni-detey-s-rasstroystvami-autisticheskogo-spektra..pdf> (дата обращения 1.03.21)
25. Ремшmidt Х. Аутизм. Клиническое проявление, причины и лечения. - М.: Медицина, 2003
26. Раменник, Д.М. Общая психология и психологический практикум / Д.М. Раменник. - М.: Форум, 2013. - 304 с.
27. Сергеева Н.А., Докукина Т.В., Григорьева Н.К. Современные медико-социо-психологические проблемы аутизма// Молодежный сборник научных статей «Научные стремления». - № 4.- 2012.- С. 124-134
28. Ульянова Н. А. Эффективный подход к обучению детей с легким детским аутизмом// Вестник Костромского государственного университета

им. Н.А. Некрасова. Серия Гуманитарные науки: Педагогика. Психология. Социальная работа. Акмеология. Ювенология. Социокинетика.- № 3 / том 15.- 2011.- С.143-149

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

30. Черепкова Н.В., Иванова Д. А. Особенности психического и речевого развития детей с ранним детским аутизмом // Science Time.- № 12 (12).- 2014.- С. 606-614

31. Черепкова Н. В. Возможности прогнозирования конституционально -типологической недостаточности у детей в дошкольном возрасте // Современные научные исследования. Выпуск 1. - Концепт. - 2013. – С. 53-66

32. Шултина Д. А., Филиппова Н. В., Барыльник Ю. Б. Проблема аутизма. терапевтический подход к решению вторичной аутизации семьи// Бюллетень медицинских интернет-конференций.- № 11 / том .- 2014.- С. 1195-1198