

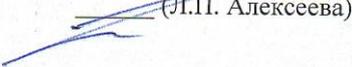


**МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ГУМАНИТАРНО-
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(ФГБОУ ВО «ЮУрГГПУ»)
ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ
КАФЕДРА СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Особенности диагностики детей дошкольного возраста с расстройством аутистического спектра (РАС)

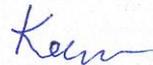
Магистерская диссертация
по направлению: 44.04.01 Специальное (дефектологическое) образование
Профильная направленность: «Психолого-педагогическая реабилитация лиц с ограниченными возможностями здоровья»

Проверка на объем заимствований:
99,27 % авторского текста

Работа рекомендована к защите
«28»_01_2019 г.
Зав. кафедрой (СНО)

(Л.П. Алексеева)

Выполнила:
Студентка группы (ЗФ-309-170-2-1Мг)
Обнизова Юлия Владимировна

Научный руководитель:
(Каляева Ю.А., к.п.н., доцент)



Челябинск, 2019

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	
2 ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДИАГНОСТИКИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	8
1.1 Ранний детский аутизм: причины, характеристика, классификация, проблемы диагностики	8
1.2 Психолого-педагогическая характеристика детей дошкольного с расстройствами аутистического спектра	18
1.3 Современные методы ранней диагностики и коррекции аутизма у детей дошкольного возраста.....	24
ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 1	39
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДИАГНОСТИКИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВОМ АУТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	41
2.1 Цели, задачи, методы, этапы организации диагностики детей дошкольного возраста с расстройством аутистического спектра	41
2.2 Диагностика особенностей развития детей дошкольного возраста с расстройством аутистического спектра	65
2.3 Анализ методов диагностики детей дошкольного возраста с расстройством аутистического спектра	70
ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 2	72
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	74
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	77
ПРИЛОЖЕНИЯ	81

ВВЕДЕНИЕ

Среди детей с ограниченными возможностями особо выделяется категория детей с ранним детским аутизмом, которая требует индивидуального подхода к организации их развития и обучения. В детской психиатрии, психологии и специальной педагогике проблема детского аутизма не теряет своей актуальности, что обусловлено значительным увеличением количества детей с аутизмом в последние годы. Рост количества данной категории детей отмечается во всех странах. Так, если 15 – 25 лет назад выявлялось от 3 – 4 до 10 случаев аутизма на 10 000 детей, то на 2008 год отмечалось 21 – 26 ребенка с аутизмом на 10 000 детей.

Актуальность проблемы РДА обусловлена не только высокой частотой, но и большим процентом детей, которые получают статус инвалида детства. Как показывает отечественный и зарубежный опыт, ранняя диагностика, длительная комплексная адекватная медико-психолого-педагогическая коррекция дает возможность большинству аутичных детей обучаться в школе, нередко обнаруживая одаренность в отдельных областях знаний и искусстве. Чем позднее обнаружено заболевание, тем меньше шансов на его излечение, и тем меньше шансов у ребенка стать полноценным членом общества.

Проблема усугубляется еще и тем, что на сегодняшний день, несмотря на почти столетний опыт изучения данной проблемы, в нашей стране отсутствуют квалифицированные специалисты для выявления РДА и социализации таких детей, особенно если учесть, что демографический рост населения (а следовательно – и большее количество детей с нарушениями развития) в большей степени проявляется в отдаленных ее частях, где отсутствуют специалисты по данному направлению, а общее развитие младенцев контролируется номинально. Это обусловлено и нынешней

политикой в структуре здравоохранения – за последние 5 лет в стране уже закрыли десятки поликлиник и более трёх сотен больниц. Сокращение штатов произошло в каждом медицинском учреждении и первыми под сокращение попали логопеды, физиотерапевты, педагоги ЛФК и массажисты.

А ведь для социализации ребенка – аутиста, особенно в первые годы жизни, эти специалисты просто необходимы. То же самое можно сказать и о реабилитации детей, которая доступна только в больших городах и то – по большей части в коммерческих организациях, т.к. государственные поликлиники перегружены, а специалисты неквалифицированные. Но проходить реабилитацию в коммерческих организациях это «удовольствие» не для всех. В среднем стоимость одного месяца прохождения реабилитации в подобных центрах составляет около 100 тыс. рублей, без учета социальных потребностей семьи, что при нынешнем уровне жизни населения становится просто недоступно.

Аналогичная ситуация складывается и в системе дошкольного и школьного образования, причем в образовательных учреждениях разного профиля. Здесь также встает вопрос и о дефиците специалистов и об их профессионализме. Порой кажется невероятным, что даже у специалистов - дефектологов, работающих в специальных коррекционных учреждениях, отсутствуют даже элементарные знания об особенностях аутизма и принципах его диагностики и коррекции. Часто это приводит к большим сложностям в обучении и воспитании таких детей, а иногда и к ситуации, когда педагог своими действиями усугубляет аутизацию ребенка.

Таким образом, «необычные» дети, при нынешнем высоком уровне технического и социального развития общества, и на пороге создания искусственного интеллекта не имеют возможности быть здоровыми и социализированными только по причине неорганизованной социальной

политики и медицинской помощи, хотя для разрешения (или как минимум снижения остроты) проблемы достаточно эффективно организовать работу с родителями, вовремя проводить диагностику детей и каждому специалисту на любом уровне выполнять свою работу качественно и профессионально, исходя, в первую очередь, из интересов ребенка и его семьи. Важно признать наличие проблемы и начать относиться к ней, как к существенной, ведь это уже – начало пути к ее разрешению.

При своевременной и адекватной коррекции у 60 процентов детей с аутизмом есть шанс учиться по школьной программе, в то время как без специализированного обучения более 90 процентов обречены на тяжелую психическую инвалидность.

Существующая в здравоохранении (в центрах психического здоровья) система направлена в большей степени на выявление и констатацию дефекта, медикаментозное лечение и практически лишена возможностей психологопедагогической и социальной реабилитации таких детей.

Требуется дальнейшая разработка системы диагностики коррекции и консультирования проблем социально-эмоционального развития у детей.

Ранний детский аутизм всестороннее рассматривали в своих работах многие известные дефектологи, психологи. Так основные проблемы детского аутизма, этиология, патогенез, диагностика, классификация раскрываются в многочисленных работах О.О. Никольской, К.С. Лебединской, Е.Р. Баенской, В.М. Башиной, Е.С. Иванова и также зарубежных авторов как Kanner L., Baron-Cohen S., Lovaas O.I., Peeters T. и других.

Вопросами уточнения самого понятия «ранний детский аутизм», поиском оптимальных путей и способов их воспитания и обучения занимались Л.М. Шипицина, М.М. Либлинг, А.С. Спиваковская, И.И. Мамайчук и другие.

На современном этапе выявляется **противоречие** между возрастающими требованиями к повышению качества коррекционной помощи детям с ограниченными возможностями и недостаточной выявляемостью аутизма в дошкольном возрасте, разработанностью в специальной педагогике и психологии организационно – диагностических подходов к организации обучения детей с аутизмом, что обуславливает необходимость разработки собственного пути развития каждого ребенка с ограниченными возможностями.

Исходя из актуальности, **целью** нашего исследования является выявить, теоретически обосновать и экспериментально проверить особенность методов диагностики для детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра.

Объект исследования дети дошкольного возраста с расстройством аутистического спектра (РАС).

Предмет исследования - особенность методов диагностики для детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра.

Гипотеза исследования состоит в предположении, что если расстройства аутистического спектра выявлены в дошкольном возрасте с помощью адекватных методик, то это обеспечит наиболее успешную коррекционную работу, а также социальную адаптацию детей с ранним детским аутизмом.

Достижение поставленной цели и выдвинутой гипотезы связано с решением следующих **задач**:

1. Раскрыть понятие и причины расстройств аутистического спектра у детей дошкольного возраста.
2. Дать психолого-педагогическую характеристику детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра.

3. Рассмотреть методы ранней диагностики детей дошкольного возраста с расстройствами аутического спектра.

4. Экспериментально изучить методы ранней диагностики детей дошкольного возраста с расстройствами аутического спектра.

5. Проанализировать особенности методов ранней диагностики детей дошкольного возраста с расстройствами аутического спектра.

Методологическую и теоретическую основу исследования составляют положения отечественной коррекционной педагогики: теоретические положения концепции Л.С.Выготского о психическом развитии аномального ребенка и идеи современной нейропсихологии (А.В.

Семенович) о замещающем онтогенезе.

Также исследование опирается на представление о детском аутизме как искаженном типе психического развития, главным проявлением которого является нарушение коммуникативного характера, возникающее вследствие аффективных (В.В. Лебединский, К.С. Лебединская, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская и др.) и когнитивных недостатков (R. Jordan, D.M. Ricks, M. Sigman, J.A. Ungerer, L. Wing и др.).

Для решения поставленных задач и проверки выдвинутой гипотезы мы использовали следующие **методы исследования**: методы теоретического исследования: анализ психолого - педагогической и медицинской литературы, нормативно-правовых актов, обобщение научноисследовательских работ и передового педагогического опыта по исследуемой проблеме; организационные методы; психодиагностические методы: наблюдение, беседы, интервью; количественная и качественная обработка результатов педагогического измерения и другие.

Экспериментальной базой исследования послужил
МУ ЦППМСП г. Магнитогорска (ПМПК).

Научная новизна. Впервые были модифицированы диагностики CARS и АТЕК на базе МУ ЦППМСП г. Магнитогорска, с учетом особенностей развития детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра.

Теоретическая значимость магистерского исследования связана с тем, что результаты исследования по диагностики детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра позволят расширить и уточнить научные представления о специфических особенностях развития детей данной категории.

Практическая значимость исследования заключается в том, что использованные в ходе эксперимента методики диагностики для детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра более полно выявляют недостатки развития. Материалы исследования также могут быть использованы в работе учителей-дефектологов, педагогов-психологов и воспитателей дошкольных образовательных учреждений, а также в качестве рекомендаций для родителей, воспитывающих таких детей. Результаты исследования могут найти применение в лекционных курсах «Психодиагностика», в процессе реализации профессиональнообразовательных программ подготовки бакалавров и магистров по направлению «Специальное (дефектологическое) образование», а также в системе переподготовки и повышения квалификации учителей-дефектологов, учителей-логопедов, воспитателей и других специалистов.

Структура диссертации включает введение, два раздела, заключение, список использованных источников и приложения.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДИАГНОСТИКИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

1.1 Ранний детский аутизм: причины, характеристика, классификация, проблемы диагностики

Расстройство аутистического спектра (в переводе с английского языка «autism spectrum disorder» — «ASD», далее - РАС) — общее расстройство развития, характеризующееся стойким дефицитом способности начинать и поддерживать социальное взаимодействие и общественные связи, а также ограниченными интересами и часто повторяющимися поведенческими действиями. Главными дефицитами у людей с РАС являются навыки

разделённого (то есть согласованного с партнёром по общению) внимания и взаимности во взаимодействии [28].

Расстройство аутистического спектра представляет собой совокупность таких расстройств как аутизм (аутистическое расстройство), синдром Аспергера, детское дезинтегративное расстройство и первазивное расстройство развития без дополнительных уточнений (DSM-5). По Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10), действующей в России, расстройства аутистического спектра включены в рубрику «общие расстройства развития».

В основу работы положено одно из основополагающих расстройств аутистического спектра - ранний детский аутизм.

Рассмотрим общее понятие аутизма, его историю и причины проявления.

Аутизм (от греч. «autos» — сам) представляет собой отрыв от реальности, погружение в самого себя, отгороженность от окружающего мира. Впервые термин «аутизм» был использован немецким психиатром Эйгеном Блейлером в 1911 г. для обозначения симптома у взрослых больных, страдающих шизофренией, который проявляется в виде ухода человека от внешней реальности в мир собственных фантазий.

Следует отметить, что современное понимание аутизма, несмотря на его всемирное применение, существенно отличается от первоначального клинического определения, предложенного Блейлером. В зарубежной психиатрии аутизм рассматривается в поведенческом плане как уход от действительности в мир внутренних переживаний, как сознательное или бессознательное защитное приспособление против душевной боли. Подход к определению аутизма в отечественной психиатрии также характеризуется неоднозначностью. Так, В.П. Осипов определял аутизм как «разобщенность

больных с внешним миром» [44]. В.А. Гиляровский рассматривал его как своеобразное нарушение сознания самого «Я» и всей личности, нарушение адекватных установок к окружающему миру. Автор подчеркивал, что больные аутизмом замкнуты и отчуждены от всего остального мира [31].

На протяжении столетия термин «аутизм» использовался в психиатрии достаточно широко. До сих пор не существует однозначного представления о том, что же такое аутизм и каковы его основные характеристики. Проблема аутизма тесно связана с проблемой общения — базовой категории психологической науки, изучение которой достаточно широко представлено в психологии [29]. Опираясь на общепсихологические принципы категории общения, В.Е. Каган предложил определение аутизма, наиболее точно отражающее его сущность [20]. Аутизм — это психопатологический синдром, который характеризуется недостаточностью общения, формируется на основе первичных структурных нарушений или неравномерности развития предпосылок общения и вторичной утраты регулятивного влияния общения на мышление и поведение. Под предпосылками общения понимаются:

- возможность адекватного восприятия и интерпретации информации;
- достаточность и адекватность выразительных средств общения;
- взаимопонимание с его регулирующим влиянием на мышление и поведение;
- возможность адекватного планирования и гибкого варьирования поведения, выбора способа и стиля общения [31].

Таким образом, аутизм рассматривается как отклонение в психическом развитии личности, главными проявлениями которого являются нарушение процесса общения с внешним миром и трудности в формировании эмоциональных контактов с другими людьми.

Аутизм, возникший у ребенка в раннем возрасте, называется ранним детским аутизмом (далее - РДА). Это особая аномалия психического развития, при которой имеют место стойкие и своеобразные нарушения коммуникативного поведения, эмоциональных отношений ребенка с окружающим миром. Основным признаком РДА — это неконтактность ребенка, которая может обнаруживаться уже на первом году жизни, но особенно четко проявляется в возрасте 2—3 лет.

В настоящее время существует много теоретических подходов к пониманию раннего детского аутизма. Обратимся к истории изучения данной проблемы в зарубежной и отечественной психиатрии и психологии.

Доктор медицинских наук, профессор РАМН нашего времени В.М. Башина [3] выделяет четыре основных этапа в становлении изучения данной проблемы. Первый, доназологический, период конца XIX — начала XX века характеризуется несколькими упоминаниями о детях с выраженным стремлением к одиночеству и уходом от взаимодействия с окружающим миром. В медицинской литературе того времени можно встретить отдельные описания аутистического поведения детей в связи с врожденными церебральными расстройствами, умственной отсталостью. Особый интерес представляют работы доктора Э. М. Итара, который описал историю дикого мальчика Виктора, пойманного в лесах Аверона в возрасте 11—12 лет и до этого не общавшегося с людьми. С помощью специальных методов обучения Виктору существенным образом удалось развить свое социальное поведение. Второй, так называемый доканнеровский, период приходится на 1920—1940-е годы. На протяжении этих лет предпринимались первые попытки системного подхода к изучению проявлений аутизма в детском возрасте. Были описаны аутистические состояния у детей в клинике детской шизофрении, психозов, нарушений, имеющих в своей основе органические поражения или

недоразвитие центральной нервной системы [53, 44]. Кроме клинических исследований, в основу которых легло поведение при ранней детской шизофрении, в тот период осуществлялись клиникопсихологические и психологические исследования когнитивных (способность воспринимать информацию) процессов у детей, страдающих шизофренией [5, 12, 49].

Третий, каннеровский, период, с 1943 г. по 1979 г. — ознаменовался выходом в свет основополагающих работ по аутизму Л. Каннера в 1943 г. и Г. Аспергера в 1944 г. Американский детский психиатр Лео Каннер первым описал синдром раннего детского аутизма в 1943 году, в качестве основной черты аутизма он выделил «проявление с самого начала жизни неспособности детей соотносить себя обычным образом с людьми и ситуациями» [21]. Каннер отмечал, что для этих детей характерно крайнее аутистическое одиночество, заставляющее их замыкаться в себе, игнорировать внешний мир и отвергать все, что происходит вокруг них. Учитывая то, что такие состояния наблюдаются у детей в раннем возрасте, Каннер пришел к выводу, что причиной аутизма является врожденная неспособность к установлению близких отношений с другими людьми. Отдельное внимание автор уделил описанию родителей детей - аутистов. Он охарактеризовал их как педантичных интеллектуалов, холодных и отстраненных в отношениях с другими людьми. Несмотря на то что Каннер рассматривал аутизм прежде всего, как врожденное психическое расстройство, он отмечал, что оно является во многом защитной реакцией ребенка на холодную, интеллектуальную «враждебность» родителей, проявляющуюся в неправильном воспитании, в отчуждении ребенка «холодной» матерью. То есть аутистические проявления у ребенка автор рассматривал и как своеобразную форму психологической защиты.

Независимо от Л. Каннера, австрийский педиатр Ганс Аспергер [6] описал состояние, названное им аутистической психопатией. Аспергер подчеркивал существенную роль генетических факторов в возникновении данного расстройства. Между тем, в прогностическом плане синдром Аспергера, названный в честь описавшего его исследователя, рассматривается как более благополучный: у детей и подростков с синдромом Аспергера хотя и имеются нарушения коммуникативной речи, они не выражены так сильно, как у детей с синдромом Каннера. Кроме того, у них не наблюдается грубых интеллектуальных нарушений. Вследствие этого в психиатрии синдром Аспергера рассматривают как своеобразное личностное расстройство.

В России первое описание аутизма в детском возрасте было представлено С.С. Мнухиным в 1947 году, который выдвинул концепцию органического, то есть обусловленного органическим поражением центральной нервной системы, происхождения РДА [48].

Исследования Ленинградской школы детских психиатров под руководством С.С. Мнухина занимают особое место среди отечественных работ. В статье под названием «О синдроме «раннего детского аутизма», или синдроме Каннера у детей», опубликованной в 1967 году в «Журнале невропатологии и психиатрии», С.С. Мнухин, А.Е. Зеленецкая и Д.Н. Исаев на основе пятилетних наблюдений за 44 детьми в возрасте от 2 до 14 лет показали отличительные признаки детей с синдромом Каннера [35]:

- ослабление либо полное отсутствие каких-либо контактов с окружающей средой;
- отсутствие ясных интересов и адекватных эмоциональных реакций, целенаправленной деятельности;
- неспособность к самостоятельному психическому напряжению;

- своеобразное развитие речи, которое проявляется в отсутствии ее прямого социального назначения, информативной роли и в наличии эхолалий и персевераций;
- своеобразии движений, когда «отдельные движения часто легки и ловки, но формул движения, двигательных навыков очень мало, из-за чего дети эти обычно беспомощны, долго не научаются одеваться, нуждаются в обслуживании».

Авторы выделили основные симптомокомплексы раннего детского аутизма. Это - снижение психического (или «витального») тонуса, ослабление или отсутствие способности к психическому напряжению и целенаправленной активности.

Одним из самых существенных симптомов авторы, вопреки мнению Каннера, посчитали «изначальное очень явное, необычно разительное ослабление инстинктивных или безусловно-рефлекторных реакций — ориентировочных, пищевых, самозащиты и др.». Отсутствие этих реакций делает поведение детей «...аморфным, хаотичным, дезорганизованным, а их самих — практически беззащитными и беспомощными». По мнению авторов, объяснить аутизм ребенка только патологией личности родителей, отсутствием контактов между родителями и ребенком, отрицательными воспитательными влияниями, распадом семьи и т. п. невозможно. В своей работе, представляющей результаты одного из первых отечественных клинических исследований раннего детского аутизма, С.С. Мнухин с соавторами поставили под сомнение использование только метода психотерапии в коррекции аутистических тенденций у детей, а подчеркнули необходимость комплексного подхода к данной проблеме [35].

Исследования московских психиатров под руководством М.Ш. Вроно привели к выводу о неоднородности синдрома Каннера и преимущественном

отношении его к шизофрении. Авторы подчеркивали необходимость дифференциальной диагностики аутизма от аутистических состояний, возникающих у ребенка после приступа шизофрении [4, 11].

В этот период появилось значительное количество работ по исследованию физиологических, биологических, психологических аспектов раннего детского аутизма, однако единой этиологии данной проблемы достигнуть не удалось.

Четвертый, послеканнеровский, период (1980—1990-е годы) — знаменуется отходом от позиций самого Л. Каннера во взглядах на РДА [35]. Ранний детский аутизм стал рассматриваться как неспецифический синдром разного происхождения, характеризующийся функциональными ограничениями в трех основных областях - социальном взаимодействии, коммуникативном поведении и мотивационной сфере.

В 1981 году вышла в свет первая отечественная монография по раннему детскому аутизму В. Е. Кагана. В своей работе автор обобщил исследования зарубежных и отечественных авторов по данной проблеме, предложил клиническое определение аутизма, выделил дифференциальнодиагностические критерии раннего детского аутизма, отграничивающие его от других, сходных, нарушений психики ребенка. Особое внимание В. Е. Каган уделил комплексному клинко-психологическому подходу к данной проблеме, лечебно-реадаптационной работе с детьми с РДА, а также психопрофилактике аутистических нарушений в детском возрасте [20].

В современной науке все большее распространение получает биогенетический подход, рассматривающий аутизм как биологически обусловленное и хроническое нарушение развития, которое проявляется в первые годы жизни ребенка.

Таким образом, на протяжении более чем полувека, начиная с 1943 года, когда ранний детский аутизм был впервые описан Л. Каннером, взгляды на его причины, клинические проявления, прогнозы дальнейшего психического развития детей с аутизмом существенно менялись. Длительный период времени аутизм и шизофрения рассматривались как одна из форм психической патологии, между тем как в настоящее время они считаются различными расстройствами. В нашей стране ранний детский аутизм был выведен из рубрики психозов, специфичных для детского возраста, и введен в рубрику так называемых первазивных общих расстройств развития (МКБ-10).

Обобщая опыт всех перечисленных работ необходимо отметить, что несмотря на отсутствие единой этиологии РДА, каждый исследователь, начиная с работ Л.Каннера (1946), во всех описаниях клинических особенностей детского аутизма и других РАС обязательно отмечал особый характер нарушений речи, и в первую очередь в работах подчеркивается нарушение ее коммуникативной функции: имеющиеся речевые возможности не направлены на социальное взаимодействие, а если речь отсутствует, то ни жест, ни мимика не используются в целях компенсации.

Кроме того, исследователи подчеркивают связь речевых нарушений с дефицитом психической активности и диссоциацией между акустической и смысловой сторонами речи [37, 27].

Независимо от срока появления речи и уровня ее развития, ребенок с аутизмом не использует речь как средство общения. Он редко обращается с вопросами, обычно не отвечает на вопросы окружающих, в том числе близких для него людей. В то же время у него может достаточно интенсивно развиваться «автономная речь», «речь для себя».

Исследователи выделяют следующие характерные для детей с аутизмом радикалы речевых нарушений:

- эхолалии, то есть непроизвольное повторение звуков, слогов, слов чужой речи, слов и мелодий песен;
- вычурное, часто скандированное произношение слогов, слов;
- своеобразная интонация;
- характерные фонетические расстройства;
- нарушения голоса с преобладанием особой высокой тональности в конце фразы или слова;
- длительное называние себя во втором или в третьем лице;
- отсутствие в активном словаре слов, обозначающих близких для ребенка людей, например, «мама», «папа» и пр.

В отличие от других психических функций, речь при аутизме на самых ранних этапах может развиваться нормально или даже ускоренно. По темпу ее развития ребенок иногда обгоняет здоровых сверстников. Между тем вскоре начинается обратный процесс: приблизительно к трехлетнему возрасту речь постепенно утрачивается. Нередко ребенок перестает говорить с окружающими, хотя иногда продолжает разговаривать сам с собой или во сне.

Таким образом, коммуникативная функция речи не развивается. Утрата речи всегда сопровождается нарушением невербальных коммуникаций, уменьшением количества жестов и имитаций. Дети с аутизмом редко используют полноценную речь в общении. В старшем дошкольном возрасте они обычно плохо говорят за пределами привычной для них обстановки. Нередко у них наблюдаются стойкие аграмматизмы, они почти никогда не используют личное местоимение «я» и утвердительное слово «да».

Проявления речевых расстройств у детей с аутизмом чрезвычайно многообразны и отличаются различной степенью выраженности.

Исследования нарушений речи у детей с аутизмом проводились отечественными психологами и психиатрами в трех направлениях: клиническом [32]; клинико-психологическом [38, 36] и педагогическом [34, 33].

Е.М. Мастюкова и Р.К. Ульянова изучали особенности речевого развития у детей с ранним детским аутизмом, проявляющимся на фоне резидуальноорганической недостаточности ЦНС. Авторы выявили у них наличие диссоциированного речевого развития, которое качественно отличается от системного общего недоразвития речи церебральноорганического генеза, наблюдаемого у детей с алалией. В основе речевых расстройств у изучаемой авторами группы детей с аутизмом лежали психопатологические особенности и «прежде всего - недостаточность мотивации к общению с окружающими, слабость побуждений, особенности познавательной деятельности и эмоционально-волевой сферы» [32].

Т. И. Морозова и О. С. Никольская с соавторами проанализировали особенности речевого развития детей, сопоставив их со степенью тяжести аффективной патологии, результаты которых приведены в таблице 1.

Таблица 1

Особенности речевого развития детей с аутизмом в зависимости от степени тяжести аффективной патологии

Степень тяжести дезадаптации	Особенности речевого развития
Группа 1	Речевой мутизм. Понимание обращенной к ребенку речи наступает не сразу, однако при изменении интонации или громкости ее произнесения (например - шепотом) простая инструкция может быть выполнена. В старшем возрасте наблюдаются эхолалии.

Группа 2	Использование речи возможно в аффективно значимых ситуациях. Набор речевых штампов жестко связан с ситуацией. Имеют место эхолалии, телеграфный стиль речи. Обращение к другим людям почти не встречается. Повышенное внимание к аффективной стороне речи, к стихосложению. Склонность к словотворчеству.
Группа 3	Высокое развитие словарного запаса одновременно со слабым развитием коммуникативной стороны речи. В экстремальной ситуации возможны речевые штампы.
Группа 4	В целом уровень речевого развития в диапазоне возрастной нормы. В ходе речевого общения возможны аграмматизмы.

В целом у детей всех клинических групп наблюдаются недоразвитие коммуникативной стороны речи, эхолалии, неологизмы, склонность к автономной речи, отсутствие или позднее появление в речи личных местоимений.

По мнению В. В. Лебединского, в случае детей, страдающих аутизмом, целесообразнее говорить не о недоразвитии, а об искажении речевого развития. В то время как большинство предпосылок речи сохранено, она формируется в условиях аффективной дезадаптации ребенка и неполноценной коммуникации. Это изменяет содержательные и характеристики речи и способствует формированию описанных выше ее особенностей [23,24, 46].

Таким образом, проблема раннего детского аутизма сложна и на сегодняшний день недостаточно раскрыта, что еще раз подчеркивает ее актуальность. Как показал анализ специальной литературы по проблеме, до настоящего времени не установлены причинные факторы, нет единой точки зрения по вопросу механизма нарушения. Постоянное внимание авторов (как

отечественных, так и зарубежных) к проблеме аутизма говорит о ее сложности и многоаспектности. Большинство исследователей сегодня принимают аутизм, как отрыв от реальности, погружение в самого себя, отгороженность от окружающего мира.

1.2 Психолого-педагогическая характеристика детей с расстройствами аутистического спектра

Ранний детский аутизм является одним из наиболее сложных нарушений психического развития и относится современными авторами к группе так называемых первазивных (т. е. всепроникающих) расстройств.

Формируется этот синдром в своем полном виде к 2,5—3-летнему возрасту.

Клиническая картина синдрома большинством авторов характеризуется как полиморфная и противоречивая [25].

Характерные черты определяются следующим образом:

- глубокие нарушения социального развития, проявляющиеся в трудностях взаимодействия с другими людьми и предметным миром; - стереотипность в поведении.

- совершенно особые нарушения речевого развития (мутизм, эхолалии, речевые штампы, стереотипные монологи, отсутствие в речи первого лица и др.), сутью которых является нарушение возможности использовать речь в целях коммуникации.

- повышенная чувствительность к сенсорным стимулам [10].

В настоящее время подавляющее большинство специалистов причиной возникновения синдрома аутизма считают биологическую неполноценность ребенка, являющуюся следствием воздействия разных патологических факторов, т.е. РДА имеет полиэтиологию и проявляется в рамках различных нозологических форм.

Характерной чертой психического развития при РДА является противоречивость, неоднозначность его проявлений. Аутичный ребенок может проявить себя умственно отсталым и высокоинтеллектуальным, парциально одаренным (в области математики, музыки, шахмат), но при этом не имеющим простейших бытовых и социальных навыков, так, например, один и тот же ребенок в одних ситуациях оказывается неуклюжим, а в других демонстрирует незаурядную ловкость движений. Подобный тип психического дизонтогенеза В.В.Лебединский [26] определил, как искаженное развитие.

Для детей с РДА также характерны следующие особенности:

- нарушение чувства самосохранения отмечается в большинстве случаев уже в возрасте до года. Оно проявляется как в сверхосторожности, так и в отсутствии чувства опасности (в частности - отсутствии «чувства края»), причем достаточно характерным оказывается противоречивое сочетание этих крайностей у одного и того же ребенка, бесстрашие в реально опасных ситуациях может сосуществовать со страхами безобидных объектов [52].

- нарушение эффективного взаимодействия с ближайшим окружением и, прежде всего, с близкими, является главным симптомом аутизма и прослеживается уже на самых ранних этапах аутистического дизонтогенеза. Оно может проявляться в пассивности, вялости младенца в эмоциональном общении, неприспособленности к рукам матери [10].

- при признаках аутистического развития особенно ярко может проявляться нарушение глазного контакта. Наиболее характерным является взгляд мимо лица или «сквозь» лицо взрослого. [10].

- сроки появления первой улыбки у большинства аутичных детей соответствуют норме. Однако она не столько адресуется человеку, сколько возникает в ответ на приятную ребенку сенсорную стимуляцию

(тормошение, яркий орнамент на халате матери и т.д.).

- отмечается запаздывание комплекса оживления, который возникает спонтанно, не в коммуникативной ситуации, а как реакция на какой-то неодушевленный стимул [10]. Привязанность у таких детей формируется, что доказывается наличием реакции на отделение, но она имеет скорее инстинктивный характер. Главное отличие от нормы состоит в том, что аутичный ребенок не использует положительных эмоциональных реакций для выражения привязанности к близкому человеку.

- коммуникативные нарушения проявляются в том, что у ребенка возникают сложности при выражении собственного эмоционального состояния в выражении просьбы.

- речевое развитие аутичных детей своеобразно. Помимо коммуникативных нарушений возникают трудности в самостоятельном построении речевого высказывания. Вместо этого ребенок использует речевые штампы, себя называет во втором или в третьем лице. Однако тот же ребенок может проявлять удивительное чувство языка, играя сочетаниями звуков, слов, рифмуя, изобретая неологизмы. Нередко наблюдается мутизм (отказ от речи), ребенок может отказаться от устной речи, но пользуется письменной речью.

- не менее своеобразно развитие мышления аутичных детей. При конкретности, буквальности и фрагментарности в понимании окружающего, они могут проявлять способность к символизации, одержимо выполнять сложные мыслительные операции: сложные математические вычисления, проигрывание шахматных композиций.

- аутичные дети нередко одержимы фантазиями. Аутистические фантазии могут быть следствием нарушения сферы влечений и интересов, навязчивыми страхами, а в некоторых случаях являются результатом осознания ребенком своей несостоятельности.

- трудности произвольной организации поведения. Эти проблемы становятся заметнее после года и к 2—2,5 год ребенка осознаются родителями уже в полной мере. Однако признаки сложностей произвольного сосредоточения, привлечения внимания, ориентации на эмоциональную оценку взрослого появляются гораздо раньше. Это может выражаться в следующих тенденциях:

- * отсутствие либо непостоянность отклика малыша на обращение к нему близких, на собственное имя;
- * отсутствие прослеживания взглядом направления взгляда взрослого, игнорирование его указательного жеста и слова;
- * слабость подражания, чаще даже его отсутствие иногда - очень длительная задержка в его формировании;
- * слишком большая зависимость ребенка от влияний окружающего психического поля [1].

Аутичный ребенок уже в раннем возрасте обнаруживает особую сенсорную ранимость по отношению к звуку, свету, запаху, прикосновению. Низкий порог аффективного дискомфорта обуславливает длительную фиксацию неприятных впечатлений, быстрое пресыщение даже приятными переживаниями, что приводит к страхам, запретам, ограничениям в контактах с миром [39, 40].

В итоге вместо форм активного взаимодействия с миром у аутичного ребенка преимущественно развиваются средства защиты от него. Поэтому ребенок вырабатывает особую избирательность в сенсорных контактах, фиксирует в быту множество неприятных, страшных моментов, стремится к стереотипным контактам со средой, потому что не способен активно и гибко приспосабливаться к меняющимся обстоятельствам [37].

Феномен тождества проявляется в стремлении к сохранению привычной обстановки, в противодействии любым изменениям в окружающей среде. Стереотипность поведения является одним из проявления названного феномена: наличие однообразных действий – моторных, речевых. Стереотипные манипуляции с избранным предметом, однообразие игр: пристрастие к одной тематике, к одной сюжетной линии, стереотипные интересы [10]. Нарушение привычной обстановки, трудности адаптации к окружающему миру обуславливают страхи, общей особенностью которых являются: сила, стойкость, труднопереносимость. Страхи могут быть диффузными, неконкретными, а могут быть дифференцированными, ребенок может испытывать страх в связи с конкретными ситуациями, бояться каких-то вещей, звуков, цвета, запаха. Тенденция дополнительной аутостимуляции приятными впечатлениями проявляется в стремлении к стереотипным способам извлечения приятных вестибулярных, тактильных, проприоцептивных ощущений. Ребенок может потряхивать руками, скрипеть зубами, кружиться на месте, раскачиваться, онанировать.

Особенности моторики во многом связаны со стремлением к стереотипным движениям и действиям. Общая моторика может быть хуже развита, чем мелкая. Некоторые дети лучше выполняют сложные движения, нежели более легкие. В каких-то случаях движения являются угловатыми, вычурными, несоразмерными по силе и амплитуде. Некоторые дети в произвольных движениях проявляют поразительную ловкость, однако произвольные движения отличаются низким уровнем техники.

Однако при наличии этой общности проявлений другие признаки обнаруживают значительный полиморфизм. Да и основные симптомы различаются как по особенностям характера, так и по степени выраженности.

Все это определяет наличие вариантов с разной клинико-психологической картиной, разной социальной адаптацией, разным прогнозом.

Эти варианты требуют и разного коррекционного подхода, как лечебного, так и психолого-педагогического.

В этом случае классификация по этиологическому либо патогенному принципу не решает поставленных задач.

О. С. Никольская в своей работе [39] выделила четыре основные группы РДА. Основными критериями деления избраны характер и степень нарушений взаимодействия с внешней средой и тип самого аутизма.

У детей I группы речь будет идти об отрешенности от внешней среды, II - ее отвержении, III - ее замещении и IV - свертормозимости ребенка окружающей его средой.

Как показали исследования, аутичные дети этих групп различаются по характеру и степени первичных расстройств, вторичных и третичных дизонтогенетических образований, в том числе гиперкомпенсаторных.

Основные характеристики приведены в табл. 2.

Таблица 2

Психологическая классификация аутичных детей О.С. Никольской, Е.Р. Баенской, М.М. Либлинг

1 группа	2 группа	3 группа	4 группа
-повышенная отрешенность от окружающего мира;	-выраженная чувствительность к внешним стимулам;	-проявление выраженной конфликтности поведения;	-проявление сензитивности и повышенной ранимости в
-выраженная пассивность по отношению к	-активное отторжение мира в виде	-быстрая истощаемость в любой	контактах; -потребность в положительной

<p>сенсорным аутистическим и деятельности; оценке и раздражителям; моторных -выраженная эмпатической -отсутствие стереотипий; избирательность поддержке; зрительного -проявление в контактах; - визуальный контакта; требовательности -наличие контактные -наличие к организации немотивированн постояннен и имеет «полевого» стереотипной ых страхов; прерывистых поведения; среды обитания; - безадресная характер;</p> <p>-мутизм, -наличие страхов; речь, не -симбиотическая отсутствие -автономная игра. направленная на связь с близкими; потребности в (отвержение собеседника; -речь может вербальных внешней среды, -взгляд «сквозь» носить затухаю- контактах. как ведущий человека. щий характер.</p> <p>(отрешенность от патопсихологичес (замещение с (повышенная окружающего кий синдром). целью ранимость при мира, как противостояния взаимодействию с ведущий аффективной окружающим, как патопсихологичес патологии). основной</p> <p>кий синдром).</p> <p>I группа - скорее всего, здесь речь идет о раннем злокачественном</p>			<p>патопсихологический синдром).</p>
--	--	--	--------------------------------------

непрерывном течении шизофрении («люцидная кататония»), часто осложненной органическим повреждением мозга.

Дети этой группы имеют наихудший прогноз развития, нуждаются в постоянном уходе и надзоре. Они остаются мутичными, полностью несостоятельными в произвольных действиях. В условиях интенсивной психолого-педагогической коррекции у них могут быть сформированы элементарные навыки самообслуживания, они могут освоить письмо, элементарный счет и даже чтение про себя, но их социальная адаптация затруднена даже в домашних условиях.

II группа - речь, скорее, идет либо о шизофрении, либо возможно, биохимической, на настоящем уровне диагностики не определяемой, энзимопатии.

При адекватной длительной коррекции они могут быть подготовлены к обучению в школе (чаще - в массовой, реже - во вспомогательной).

III группа - нозологическая квалификация этой группы представляет определенные трудности, здесь нельзя исключить вариант самостоятельной дизонтогении.

Эти дети при активной медико-психолого-педагогической коррекции могут быть подготовлены к обучению в массовой школе.

IV группа - нозологически здесь, очевидно, следует дифференцировать между вариантом синдрома Каннер как самостоятельной аномалией развития, реже - синдромом Аспергера как шизоидной психопатией. Эти дети могут быть подготовлены к обучению в массовой школе, а в небольшой части случаев - обучаться в ней и без предварительной специальной подготовки.

Выделенные клинико-психологические варианты РДА отражают, очевидно, различные патогенетические механизмы формирования этой аномалии развития, быть может, разную степень интенсивности и экстенсивности патогенного фактора (о чем говорит возможность их перехода друг в друга в сторону ухудшения при эндогенных колебаниях, экзогенной либо психогенной провокации и, наоборот, улучшения, чаще при эффективности медико-коррекционных мероприятий, а иногда и спонтанно), разный характер генетического патогенного комплекса, особенности «почвы», как конституциональной, так и патологической [24].

Подводя итоги, можно сказать, что психолого-педагогическая характеристика детей с расстройствами аутистического спектра сводится к следующим критериям:

- качественные нарушения в сфере социального взаимодействия;
- качественные нарушения способности к общению;
- ограниченные повторяющиеся и стереотипные модели поведения, интересов и видов деятельности.

Эти проблемы становятся наиболее заметнее после 1 года и к 2–2,5 годам жизни ребенка.

Проанализировав психолого-педагогическую характеристику детей с расстройствами аутистического спектра, мы приходим к выводу, что причина возникновения данных психологических изменений в силу неоднозначности природы возникновения аутизма также остается многозначной. Но наблюдения показывают, что аутичный ребенок воспринимает мир в «активных» красках, что противоречит его внутреннему состоянию. Таким образом, вместо форм активного взаимодействия с миром у аутичного ребенка преимущественно развиваются средства защиты от него. Ребенок вырабатывает особую избирательность в сенсорных контактах, фиксирует в быту множество неприятных, страшных моментов, стремится к стереотипным контактам со средой, потому что не способен активно и гибко приспосабливаться к меняющимся обстоятельствам. Это приводит к искажению в развитии психических функций.

1.3 Современные методы ранней диагностики и коррекции аутизма у детей дошкольного возраста

В последние годы проводятся интенсивные исследования по разработке диагностических карт обследования детей раннего возраста, которые

способствуют не только ранней диагностике, но и выбору методов психолого-педагогической коррекции [8].

Единых критериев диагностики, которые были бы общепринятыми и удовлетворяли всех, нет. Тем не менее, как и при диагностике любого синдрома, в случае детский аутизма мы должны опираться на какие-то диагностически значимые симптомы, которые для ДА впервые выделил в 1943 году Kanner:

- 1) глубокое нарушение аффективного контакта с другими людьми; 2) навязчивое стремление к повторяющимся, однообразным формам активности;
- 3) поглощенность вращающимися или вращаемыми с использованием высокого уровня тонкой моторики объектами;
- 4) мутизм или не направленная на межличностную коммуникацию речь;
- 5) хороший когнитивный потенциал, проявляющийся в возможностях памяти или навыках в выполнении заданий, особенно досок Сегена.

Позднее L.Kanner и E.Eisenberg (1956) подчеркивали, что особенно важны для диагностики аутизма первые два пункта, причем особо выделяли, что для диагностики аутизма повторяющаяся активность не должна быть связана (по крайней мере, жестко) с моторными стереотипиями на уровне персевераций.

В этом определении уже сам L.Kanner фактически заявляет о неоднозначности синдрома, о необходимости пояснений, комментариев, и, хотя за последние десятилетия появилось достаточно много систем диагностики детского аутизма, ни одна из них, к сожалению, не свободна от недостатков.

Остановимся лишь на некоторых, наиболее распространенных диагностических схемах, в том числе на официально принятой в рамках

Международной классификации болезней и причин смерти 10-го пересмотра (МКБ-10, ICD-10).

Ниже приводится краткий официальный вариант раздела F84 МКБ-10 с незначительными изменениями.

В основе диагноза лежит анализ поведения, а не причинных факторов или механизмов расстройства. Согласно DSM-IV-TR, при аутизме должно наблюдаться как минимум шесть симптомов из предлагаемого списка, по меньшей мере два из них должны относиться к качественному нарушению социальных взаимодействий, один должен описывать ограниченное и повторяющееся поведение. В списке симптомов — отсутствие социальной или эмоциональной взаимности, стереотипный или повторяющийся характер использования речи или речевая идиосинкразия, и постоянный интерес к определённым деталям или предметам. Само расстройство должно отмечаться в возрасте до трёх лет, и характеризоваться задержкой развития либо отклонениями в социальных взаимодействиях, использовании речи при общении, либо проблемами участия в символических или требующих воображения играх. Симптомы не должны быть связаны с синдромом Ретта или детским дезинтегративным расстройством.

Существует несколько диагностических инструментов. Два из них часто используются при исследованиях аутизма: это пересмотренная версия Опросника для Диагностики Аутизма (ADI-R), представляющая собой слабоструктурированный план интервьюирования родителей, и Шкала Наблюдения для Диагностики Аутизма (ADOS), предполагающая наблюдение за ребенком и взаимодействие с ним. Оценочная Шкала Детского Аутизма (CARS) широко применяется в клинических условиях, позволяя установить тяжесть расстройства по результатам наблюдения за ребенком.

Предварительную консультацию обычно проводит педиатр, записывающий историю развития ребенка и осуществляющий физический осмотр. Затем, в случае необходимости, привлекается помощь специалиста по расстройствам аутистического спектра. Он ставит диагноз и проводит оценку состояния, когнитивных и коммуникативных способностей, семейных условий ребенка и других факторов, как с помощью наблюдений, так и с использованием стандартных инструментов, учитывая возможное наличие ассоциированных расстройств. Часто для оценки поведения и когнитивных способностей приглашают детского нейропсихолога, он может помочь в диагностике и порекомендовать образовательные методы коррекции. При дифференциальной диагностике на этой стадии может быть выявлена или исключена умственная отсталость, нарушения слуха, а также специфические нарушения речи, например, синдром Ландау-Клеффнера.

Исследования оценки эффективности применения программ ранней коррекции подтвердили значительные достижения в улучшении поведения и когнитивного функционирования детей с аутизмом (Dzingalasevic, Ferrante, 1996). В результате ранней идентификации и раннего вмешательства отмечаются сокращения аутистической симптоматики, улучшение развития, академического и интеллектуального функционирования, улучшение общения со сверстниками (Stone, Hogan, 1993). В условиях своевременного начала коррекции большинство аутичных детей могут обучаться в общеобразовательной школе, нередко обнаруживая одаренность в отдельных областях знаний, искусства. И наоборот, при отсутствии своевременной диагностики и адекватной психологической коррекции значительная часть таких детей становятся необучаемыми и неадаптированными к жизни в обществе (Лебединская, Никольская, 1991).

К сожалению, коррекционная работа редко начинается до 3-х летнего возраста, потому что, как правило, аутизм редко диагностируется до 3-х лет. Это приводит к потере времени и уменьшает шансы выравнивания ребенка.

Трудности ранней диагностики аутизма заключаются в следующем:

1. наиболее ярко картина нарушения проявляется после 2,5 лет. До этого возраста симптоматика выражена слабо, в скрытой форме;
2. часто педиатры, детские психиатры не знают проблемы, не могут разглядеть в ранних симптомах аномалии развития; их неосведомленность ("перерастет") часто мешает родителям, которые замечают "необычность" своего ребенка, получить необходимую адекватную помощь специалистов;
3. сами родители иногда не замечают (или не хотят замечать) ранние проявления патологии, особенно, если это первый ребенок.

Исследователи пытаются помочь врачам и родителям в ранней диагностике аутизма, чтобы предоставить возможность начать коррекционную работу с ребенком за несколько месяцев, или даже лет, до проявления яркой симптоматики аутизма, тем самым, уменьшить количество "необучаемых", "неконтактных" детей.

В последние годы проводятся интенсивные исследования по разработке диагностических карт обследования детей раннего возраста, которые способствуют не только ранней диагностике, но и выбору методов психолого-педагогической коррекции. Фиксируются особенности развития аутичного ребенка до 2-х летнего возраста в следующих сферах: вегетативноинстинктивная сфера, аффективная сфера, сфера влечений, сфера общения, восприятие, моторика, интеллектуальное развитие, речь, игра, навыки социального поведения, психосоматические корреляции.

Диагностика детского аутизма затруднена из-за отсутствия стандартов и соответствующего обучения медицинских кадров. Педиатр, например, не в состоянии заподозрить аутизм за нетипичным поведением ребенка, а родители нечасто сообщают о таких фактах. В норме при подозрении на детский аутизм необходимо проведение медицинской комиссии, где кроме лечащего врача должны быть невролог, психиатр, психолог, желательно присутствие узкого специалиста по болезням аутистического спектра, а также родителей, воспитателей (если ребенок посещает детский сад).

При диагностике аутизма очень сложно бывает дифференцировать его из заболеваний со схожими симптомами, особенно для раннего детского возраста. Путаница в диагнозах — еще одна из проблем российской медицины. Проблема серьезная, потому что аутизм у детей лечится совсем не так, как умственная отсталость или шизофрения, и неправильное лечение навсегда лишает аутиста надежды на нормальную жизнь.

Если данную психо-эмоциональную болезнь не лечить, то ребенок может до того критически отстать в интеллектуальном развитии, что, повзрослев, не сможет не только адаптироваться в обществе, но даже не сможет обслуживать самого себя. Современные методики позволяют ребенка, болеющего аутизмом, обучать социальной адаптации и при этом развивают интеллектуальную и эмоциональную составляющие его личности. Потому-то чрезвычайно важно, как можно раньше выявить это заболевание ребенка.

Таким образом мы делаем вывод о том, если удастся рано выявлять болезнь, можно будет принять своевременные меры к ее коррекции и возможно, стратегия такого раннего вмешательства, позволит если не вылечить, то свести к минимуму проявления аутизма.

Разработкой методов психолого-педагогической коррекции в нашей стране занималась специальная экспериментальная группа при клинической

лаборатории Института дефектологии АПН СССР под руководством профессора К.С. Лебединской, которая в течение четырех лет занималась клинико-психологическим изучением детей с РДА. Результаты многолетней работы были отражены в сборнике научных трудов НИИ дефектологии под редакцией Т.А. Власовой, В.В. Лебединского и К.С. Лебединской, выпущенном в 1981 году. Впервые на основе комплексного клиникопсихологического исследования авторами были разработаны дифференцированные методы психолого-педагогической коррекции детей с аутизмом с учетом этиологии и степени тяжести РДА, а также даны прогностические оценки [30]. В современной литературе выделяются пять основных условий, необходимых для успешной психолого-педагогической коррекции детей с аутизмом [13].

- наличие у специалистов, работающих с ребенком, глубоких теоретических знаний по проблеме аутизма;
- проведение углубленной диагностики развития ребенка с использованием специальных методик;
- адаптация окружающей среды к потребностям ребенка;
- обеспечение «функциональности» знаний и навыков, приобретенных в процессе обучения;
- применение индивидуального подхода к каждому ребенку с аутистическим расстройством.

Создание подобных условий при работе с такими детьми во многом обеспечивает успешность обучения ребенка и значительно повышает возможности его социальной адаптации в обществе, что является конечной целью психолого-медико-педагогического воздействия [37].

Для реализации перечисленных условий необходимо соблюдение ряда требований:

1. Специальная профессиональная подготовка по проблеме детского аутизма, включающая приобретение знаний об особенностях развития таких детей, знакомство с методами диагностики и коррекции их психического развития.

2. Использование специальных диагностических методик, необходимость использования не только традиционных диагностических методов, принятых в специальной психологии и коррекционной педагогике, но и специальных методов обследования, обусловленные особенностями детей с расстройствами аутистического спектра: они проявляют неадекватные поведенческие реакции в ответ на незнакомую тестовую ситуацию; не обращают внимания на специалиста; не отвечают на его вопросы и не выполняют его просьбы, ввиду чего специалисту часто трудно определить реальный уровень развития ребенка.

В других ситуациях аутичные дети, наоборот, быстро и правильно выполняют хорошо знакомые тестовые задания на определение уровня развития речи и мышления, но делают это чисто механически, по памяти. В то же время они не способны использовать эти навыки в повседневной жизни. В этом случае определение реального уровня развития ребенка также затруднительно [37].

Таким образом, тестирование аутичного ребенка становится неэффективным и не позволяет провести точную диагностику. Намного более эффективными являются методы анкетирования, беседы с родителями, наблюдение за ребенком, использование опросников, позволяющих осуществить сбор информации, необходимой для проведения дальнейшей коррекционной работы.

3. Необходимость использования специальных коррекционных программ, методов и приемов обучения также связана с особенностями развития детей с аутизмом.

4. Специальная организация окружающей среды, способствующая наилучшему осознанию ребенком явлений и событий окружающего мира, улучшению поведения, наиболее успешному усвоению навыков, необходимых для социальной адаптации.

5. Разработка и внедрение специальных коррекционно-развивающих программ, адаптированных под особенности детей с расстройствами аутистического спектра и направленных на обучение ребенка «переносу» приобретенных на занятиях навыков в условия повседневной жизни.

6. Подбор в процессе психолого-медико-педагогической коррекции индивидуальных для каждого ребенка обучающих стратегий и приемов, в зависимости от его интересов и уровня развития;

7. Использование индивидуальной формы коррекционной работы с постепенной интеграцией ребенка в малую группу [55].

Коррекционная работа с аутичными детьми должна проводиться комплексно, группой специалистов различного профиля, включая детских психиатров, невропатологов, логопедов, психологов, педагогов-воспитателей, сестер-воспитательниц, музыкального работника (эвритмиста) совместно с родителями.

Медицинская помощь должна строиться на базе индивидуальной клинической верификации состояния ребенка и представляется разными лечебными профилями: психофармакотерапией, психотерапией, индивидуальной и семейной физиотерапией, массажем и другими ее видами. Фармакотерапия направлена на купирование психопатологических проявлениях болезни, вегето-сосудистой и вегето-висцеральной дистонии, на

активизацию ребенка, на ослабление психического напряжения. Медикаментозное лечение должно соотноситься с высокой чувствительностью маленьких аутистов к нейролептикам, транквилизаторам, и необходимостью пребывания ребенка в условиях дома, в пути, с неустойчивой его активностью.

Коррекционная работа должна осуществляться поэтапно, исходя из степени выраженности аутистического дизонтогенеза ребенка с РДА. Изначально необходимо провести оценку состояния ребенка-аутиста, а именно уровня его развития, запаса знаний и поведенческих навыков. Оценка проводится комплексно всеми специалистами и служит основой разработки индивидуального плана коррекционных мероприятий. Направленная деятельность ребенка с РДА планируется с учетом диссоциации психического развития.

На первых этапах отрабатывается важнейшая реакция оживления и слежения, формируется зрительно-моторный комплекс. В последующем, в процессе манипуляций с предметами, развивают тактильное, зрительнотактильное, кинестетическое, мышечное восприятие. Вырабатываются связи между определенными частями тела и их словесными обозначениями, видами движений, а также их словесными определениями. У ребенка формируется представление о собственном теле, его частях, членах, сторонах. Затем проводится работа по воспитанию навыков самообслуживания, участия в направленной деятельности.

Опыт показывает, что у большинства детей на начальном этапе работы по лечению аутизма запас знаний, характер игровой деятельности отстает на 2-3 возрастных порядка. У них преобладает манипулятивная игра, отсутствует партнерство, не происходит соотнесение игры с истинным назначением

игрушек, не возникает ориентировочной реакции на новые игрушки, лиц, участвующих в игре [43,51, 58, 60].

На следующем этапе задача усложняется переходом от манипулятивной игры к сюжетной. Наиважнейшей стороной работы остается побуждение к деятельности, многократное повторение игры, формирование игровых штампов, с постоянным использованием зрительно-моторного комплекса, лишь постепенно переходя от более простых к более сложным формам игр и самой моторной деятельности, а также конкретно, последовательно, многократно излагая порядок всех игровых действий.

Словесные комментарии необходимо давать в краткой форме.

Педагогические программы должны быть направлены на обучение детей понятиям числа, счету, определению временных категорий, углублению ориентировки в форме предметов, в пространстве. Аутисты с трудом переходят от одного вида движений к другому, не подражают, не воспроизводят последовательной цепи действий, в особенности моторных, сочетанных с речевыми ответами. Им трудно воспроизведение недавно усвоенных знаний, в особенности знаний из долговременной памяти по требованию. У них обнаруживается декодирование слов. Этап к этапу должна решаться задача усложнения деятельности, увеличиваться предлагаемый объем навыков и знаний. Наконец, следует обратить внимание на тот факт, что любые задания должны предлагаться в наглядной форме, объяснения должны быть простыми, повторяющимися по несколько раз, с одной и той же последовательностью, одними и теми же выражениями. Речевые задания должны предъявляться голосом разной громкости, с обращением внимания на тональность. Только после усвоения одних и тех же программ, предлагаемых разными специалистами, примитивная, однообразная деятельность ребенка начинает разнообразиться, и становится направленной. Именно тогда дети

переходят от пассивного к осознанному овладению режимных моментов, навыков. В процессе целостного воспитания у аутистов формируется осознание своего “Я”, способность к отграничению себя от других лиц, преодолевается явление протодиакриза. И на последующих этапах работы, по-прежнему решается задача усложнения деятельности, с постепенным переходом от индивидуальных к направленным групповым занятиям, еще позднее - к сложным играм, упражнениям [45, 9].

Логопедическая работа должна начинаться с определения речевой патологии, свойственной детям-аутистам. Соответствующая коррекция направлена на развитие слухового внимания, фонематического, речевого слуха. Осуществляется постановка звуков, их автоматизация, вводятся дыхательные, голосовые упражнения. Важной остается задача расширения словарного запаса, развитие способности к составлению предложений по картинкам, их сериям, как и работа над связным текстом, состоящим из бесед, пересказа, “проигрывания”, драматизации разных тем, воспроизведение стихотворной речи и ряд других задач. Речь, как наиболее молодая функция центральной нервной системы, страдает в болезни в первую очередь, и восстанавливается постепенно, поэтапно, в обратном порядке [15, 18, 41].

Психологическая коррекция также начинается с диагностики проявлений психического дизонтогенеза ребенка в условиях его общей и игровой деятельности. Основной задачей является вовлечение аутистов в разные виды индивидуальной и совместной деятельности, формирование произвольной, волевой регуляции поведения. Адекватными оказываются игры с четкой последовательностью событий и действий, их многократное проигрывание. Освоение системы игровых штампов аутистами, способствует формированию у них памяти, внимания, восприятия. В процессе занятий у аутистов создается в последующем возможность переноса усвоенного, т.е.

творческая регуляция поведения и повышение предметно-практической ориентировки в окружающем [30].

Психотерапевтическая работа с самим аутистом и семьей направлена на коррекцию поведения ребенка, нивелировку тревожности, страха, а также на коррекцию и укрепление семьи, привлечение родителей к воспитательной работе с ребенком, обучение приемам работы с ним. Данный подход к оценке структуры психического дефекта у аутистов, прежде всего, как к асинхронному развитию всех сфер деятельности ребенка, позволят вскрыть значимость в становлении его не только эндогенных, но и экзогенных факторов, на основании чего возможно обосновать необходимость проведения реабилитации. Реабилитация должна охватывать физиологически благоприятные для развития ребенка сроки: в возрасте 2-3 – 7 лет, несмотря на то, что коррекционные мероприятия естественно необходимы и в последующие годы: 8 – 18 лет. Сроки реабилитации при этом должны рассчитываться индивидуально [19].

Наконец, возможно открытие дневных стационаров и групп смешанного типа, с частичным введением в них детей с задержанным речевым и психическим развитием органического генеза. Такой подход решает проблему организации системы реабилитации для детей аутистов и в поселках с небольшой численностью населения. Важнейшей задачей для развития реабилитационных структур является обучение персонала подходам к коррекционной работе к детям с РДА, как и создание специальных воспитательских, дефектологических, логопедических программ для работы с ними. Программ, официально признанных органами Здравоохранения, Просвещения и Социальной помощи для детей-аутистов, у нас пока нет. В последнее время стали появляться многочисленные примеры других стран, которые подтверждают высокую результативность в плане психической

коррекции детей-аутистов при воздействии многопрофильных форм коррекции [2].

Национальный центр профессионального развития в области расстройств аутистического спектра США в январе 2015 года опубликовал отчет о 26 практиках для детей и молодых людей с аутизмом, эффективность которых была подтверждена научными исследованиями. Отчет подготовила группа ученых из Института детского развития Франка Портера Грэхам при Университете Северной Каролины, США. Авторы проанализировали 29 000 научных статей о расстройствах аутистического спектра и выявили самые надежные исследования по методам вмешательства при аутизме, начиная от рождения и до возраста 22 лет.

В нашей стране наиболее применимы следующие программы:

- программа «Поддержка аутичных и отстающих в развитии детей» (TEACCH), включает в себя следующие разделы: развитие имитации, восприятия, крупной моторики, мелкой моторики, зрительно-моторной координации, познавательной деятельности, речи, социальных отношений, формирование навыков самообслуживания (Шоплер, Ланзинд, Ватере, 1997).
- программа «Обучение детей с синдромом детского аутизма пониманию другого человека» направлена на формирование понимания эмоций и причин эмоций, понимания механизмов получения информации и на развитие игровой деятельности (Howlin, Baron-Cohen, Hadwin, 1999).
- программа «Научи меня говорить» («Teach me language») позволяет осуществить формирование навыков социальной речи, знаний и представлений об окружающем мире, грамматического и синтаксического строя речи, формирование учебных навыков (Freeman, Dake, 1997).
- программа «Модификация поведения у детей с аутизмом» направлена на развитие внимания, имитации, понимания обращенной речи,

формирование навыков экспрессивной речи, начальных учебных навыков и навыков самообслуживания (Maurice, 1996).

- программа «Ориентация в социальном мире» («Navigating the social world») способствует формированию у детей умения распознавать и выражать эмоции; формированию коммуникативных и социальных навыков, навыков образной речи и организации поведения (McAfee, 2002).

- программа «Обучение спонтанной коммуникации аутичных детей и детей с другими нарушениями развития» позволяет обучать детей с тяжелыми речевыми нарушениями навыкам общения в повседневной жизни при помощи различных коммуникативных систем. Особое внимание уделяется формированию базовых коммуникативных функций (Watson, Lord, Schaffer, Schopler, 1989).

- метод облегченной коммуникации (FC) направлен на формирование невербальных коммуникативных навыков у детей с расстройствами аутистического спектра, не владеющих устной речью. Обучение осуществляется при помощи различных коммуникативных систем: жестовой, пиктографической, письменной и т.д. (Crossley, 1994) [58].

Таким образом, изучив проблему психо-речевых нарушений у детей с расстройствами аутистического спектра, мы приходим к выводу, что коррекция сводится к совокупности следующих принципов:

- комплексный медико-психолого-педагогический подход к коррекции;
- интегративная направленность коррекционного процесса в сочетании со специализированным характером оказываемой помощи;
- преемственность коррекционной работы на всех возрастных этапах;
- учет интересов аутичного ребенка при выборе методического подхода;

- индивидуальный характер коррекции на начальных ее этапах с постепенным переходом к групповым формам работы;
- систематическая активная работа с семьей аутичного ребенка.

Успех коррекционной работы напрямую зависит от возраста ребенка. К сожалению, коррекционная работа редко начинается до 3-х летнего возраста, потому что, как правило, аутизм редко диагностируется до 3-х лет. Это приводит к потере времени и уменьшает шансы на выравнивание ребенка.

Исследования оценки эффективности применения программ ранней диагностики и коррекции, подтвердили значительные достижения в улучшении поведения и когнитивного функционирования детей с аутизмом. В результате ранней идентификации и раннего вмешательства отмечаются сокращения аутистической симптоматики, улучшение развития, академического и интеллектуального функционирования, улучшение общения со сверстниками. В условиях своевременного начала коррекции большинство аутичных детей могут обучаться в общеобразовательной школе, нередко обнаруживая одаренность в отдельных областях знаний, искусства. И наоборот, при отсутствии своевременной диагностики и адекватной психологической коррекции значительная часть таких детей становятся необучаемыми и неадаптированными к жизни в обществе.

ВЫВОДЫ ПО ПЕРВОЙ ГЛАВЕ

Проведенный нами теоретический анализ проблемы позволяет нам выделить следующие выводы и обобщения:

1. Проблема раннего детского аутизма сложна и на сегодняшний день недостаточно раскрыта, что еще раз подчеркивает ее актуальность. Как показал анализ специальной литературы по проблеме, до настоящего времени не установлены причинные факторы, нет единой точки зрения по

вопросу механизма нарушения. Постоянное внимание авторов (как отечественных, так и зарубежных) к проблеме аутизма говорит о ее сложности и многоаспектности. Большинство исследователей сегодня принимают аутизм, как отрыв от реальности, погружение в самого себя, отгороженность от окружающего мира.

2. Проанализировав психолого-педагогическую характеристику детей с расстройствами аутистического спектра, мы приходим к выводу, что причина возникновения данных психологических изменений в силу неоднозначности природы возникновения аутизма также остается многозначной. Но наблюдения показывают, что аутичный ребенок воспринимает мир в «активных» красках, что противоречит его внутреннему состоянию. Таким образом, вместо форм активного взаимодействия с миром у аутичного ребенка преимущественно развиваются средства защиты от него. Ребенок вырабатывает особую избирательность в сенсорных контактах, фиксирует в быту множество неприятных, страшных моментов, стремится к стереотипным контактам со средой, потому что не способен активно и гибко приспосабливаться к меняющимся обстоятельствам. Это приводит к искажению в развитии психических функций.

3. Исследования оценки эффективности применения программ ранней диагностики и коррекции, подтвердили значительные достижения в улучшении поведения и когнитивного функционирования детей с аутизмом. В результате ранней идентификации и раннего вмешательства отмечаются сокращения аутистической симптоматики, улучшение развития, академического и интеллектуального функционирования, улучшение общения со сверстниками. В условиях своевременного начала коррекции большинство аутичных детей могут обучаться в общеобразовательной школе, нередко обнаруживая одаренность в отдельных областях знаний,

искусства. И наоборот, при отсутствии своевременной диагностики и адекватной психологической коррекции значительная часть таких детей становятся необучаемыми и неадаптированными к жизни в обществе.

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДИАГНОСТИКИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВОМ АУТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

2.1. Цели, задачи, методы, организации диагностики детей дошкольного возраста с расстройством аутического спектра

Целью исследования было определение более эффективных методов диагностики детей дошкольного возраста с расстройством аутического спектра.

Для реализации этой цели экспериментальная работа проводилась в три этапа:

Первый этап (январь 2018) - анализ анамнестических данных детей дошкольного возраста с расстройством аутического спектра, а также подбор методов диагностики.

Второй этап (март 2018) - проведение диагностических мероприятий по выявлению детей дошкольного возраста с расстройством аутического спектра.

Третий этап (май 2018) - анализ особенностей методов диагностики детей дошкольного возраста с расстройством аутического спектра.

В исследовании принимали участие 28 детей. Испытуемые – дети, посещающие группы кратковременного пребывания МУ ЦППМСП г. Магнитогорска, в личных делах которых (по итогам обследования в условиях психолого-медико-педагогической консультации) имели заключение «расстройства аутического спектра».

Все дети на момент исследования обучались по разработанным коррекционно-развивающим программам.

Нами также был произведен дополнительный сбор информации о каждом ребенке, участвовавшем в диагностическом исследовании.

Были изучены специфические и индивидуальные особенности детей для составления более точного представления об особенностях их развития, эмоциональном и когнитивном развитии каждого ребенка. Нами изучались

предпочтения, способности, недостатки и индивидуальный стиль ребенка с аутизмом.

Для проведения исследования нами были выбраны следующие методики: тест АТЕС и рейтинговая шкала аутизма у детей C.A.R.S.

Тест АТЕС — (Autism Treatment Evaluation Checklist) был разработан Бернардом Римландом и Стивеном Эдельсоном (Институт изучения аутизма, США).

"Анкета для оценки эффективности лечения аутизма (АТЕС) была разработана для того, чтобы помочь родителям, врачам и исследователям оценить практически любой метод лечения аутизма. Заполняя этот опросник раз в 1-2 месяца, мы сможем фиксировать те моменты, на которые стоит обратить особое внимание, а также увидите, насколько эффективна программа восстановления для вашего ребенка.

Институтом Изучения Аутизма (ARI) разработана эта удобная бесплатная интернет-анкета, с помощью которой можно подсчитать баллы по четырем подразделам и общий балл АТЕС. Количество баллов зависит от ответа и соответствующего подраздела. Чем выше балл по конкретному подразделу и общий результат, тем больше отклонение в конкретной области.

Вопросы этого теста разделены на 4 группы: речь и коммуникативность, социализация, сенсорика и познавательные способности, здоровье и поведение. Баллы выставляются по каждой отдельной группе и суммируются в итоге. При прохождении тестирования нужно быть внимательными и сосредоточенными.

I. Взаимоотношения с людьми

1 Никаких очевидных трудностей или ненормальностей в общении с людьми. Поведение ребенка адекватно для его возраста. Может наблюдаться

небольшая застенчивость, суетливость или беспокойство в тот момент, когда к ребенку обращаются, но это в пределах нормы.

1,5 (если посередине между соседними критериями).

2 Немного ненормальные взаимоотношения – ребенок может избегать контакта глаз, избегать взрослых или становиться нервным, если пытаются привлечь его внимание, быть очень стеснительным, не откликаться при обращении к нему, как это обычно делают дети, липнуть к родителям больше, чем большинство детей этого возраста. **2,5** (если посередине между соседними критериями)

3 Умеренно ненормальные взаимоотношения — ребенок порой равнодушен (создается ощущение, что он не замечает взрослых). Постоянные принудительные меры необходимы, чтобы привлечь внимание ребенка иной раз. Ребенком иницируется минимальный контакт.

3,5 (если посередине между соседними критериями)

4 Значительно ненормальные взаимоотношения – ребенок постоянно равнодушен и не замечает, что делают взрослые. Ребенок никогда не откликается и никогда не иницирует контакт со взрослыми. Только очень упорные попытки овладеть вниманием ребенка могут дать эффект.

II. Имитация

1 Правильная имитация – ребенок может имитировать звуки, слова, движения, которые доступны ребенку его возраста.

1,5 (если посередине между соседними критериями).

2 Немного ненормальная имитация – ребенок в большинстве случаев имитирует простейшее поведение, например, хлопанье в ладоши или одиночные звуки. Иногда имитирует после побуждения или с задержкой.

2,5 (если посередине между соседними критериями).

3 Умеренно ненормальная имитация – ребенок имитирует только иногда, и это требует большого упорства и помощи со стороны взрослого.

Часто имитирует только с задержкой.

3,5 (если посередине между соседними критериями).

4 Значительно ненормальная имитация – ребенок очень редко или никогда не имитирует звуки, слова, движения даже при побуждении или с помощью взрослого.

III. Эмоциональная реакция

1 Эмоциональная реакция соответствует возрасту и ситуации – ребенок демонстрирует адекватный тип и степень эмоциональной реакции и это отражается на выражении лица, в позе и манере.

1,5 (если посередине между соседними критериями).

2 Немного ненормальная эмоциональная реакция – ребенок иногда показывает в некоторой степени неподходящий тип и степень эмоциональной реакции. Реакции иногда не связаны с окружающими объектами и происходящими вокруг них событиями.

2,5 (если посередине между соседними критериями).

3 Умеренно ненормальная эмоциональная реакция – ребенок показывает определенные признаки неподходящего типа и/или степени эмоциональной реакции. Реакции могут быть довольно заторможенными или чрезмерными и несвязанными с ситуацией; может гримасничать, смеяться или становиться суровым, даже когда не происходит никаких очевидных событий или объектов, которые могли это спровоцировать.

3,5 (если посередине между соседними критериями).

4 Значительно ненормальная эмоциональная реакция – реакция крайне редко соответствует ситуации; когда ребенок находится в конкретном настроении, очень тяжело изменить это настроение.

Напротив, ребенок показывает очень разные эмоции, когда ничего не менялось.

IV. Владение телом

1 Владение телом соответствует возрасту – ребенок двигается легко, ловко, координация соответствует нормальному ребенку этого возраста.

1,5 (если посередине между соседними критериями).

2 Немного ненормальное владение телом – присутствуют некоторые небольшие странности, такие как неповоротливость, повторяющиеся движения, плохая координация, или редкое проявление более необычных движений.

2,5 (если посередине между соседними критериями).

3 Умеренно ненормальное владение телом – поведение, которое определенно странное или необычное для ребенка этого возраста, может включать странные движения пальцами, необычные позиции пальцев или тела, он может пялиться или тереть части тела, проявлять агрессию к самому себе, раскачиваться, крутиться, вертеть пальцами, или ходить на цыпочках.

3,5 (если посередине между соседними критериями).

4 Значительно ненормальное владение телом – интенсивные или частые движения, указанные выше, являются знаками серьезно ненормального использования тела. Это поведение присутствует несмотря на попытки осудить, остановить или вовлечь ребенка в другие занятия.

V. Использование объектов

1 Нормальное использование и интерес к игрушкам и другим объектам – ребенок демонстрирует нормальный интерес к игрушкам и другим объектам, соответствующий его уровню мастерства (skill level) и использует эти игрушки по назначению.

1,5 (если посередине между соседними критериями).

2 Немного ненормальный интерес или использование игрушек и других объектов – ребенок может показывать нетипичный интерес к игрушке или играть неподходящим образом (например, стучать игрушкой или сосать ее).

2,5 (если посередине между соседними критериями).

3 Умеренно ненормальный интерес или использование игрушек или других объектов – ребенок может демонстрировать слабый интерес к игрушкам или другим объектам, или может быть озабочен использованием объекта или игрушки странным образом. Он или она может фокусироваться на незначительной части игрушки, быть зачарованным отражениями света от объекта, постоянно двигать определенную часть объекта или играть исключительно с одним объектом.

3,5 (если посередине между соседними критериями).

4 Значительно ненормальный интерес к игрушке или использование игрушки, или других объектов – ребенок может иметь то же поведение, как описано в предыдущих пунктах, но с большей частотой и интенсивностью. Ребенка очень трудно отвлечь, когда он занимается этими неподходящими действиями.

VI. Адаптация к изменениям

1 Соответствующая возрасту реакция на изменения – несмотря на то, что ребенок замечает и комментирует изменения в повседневной жизни, он или она принимает эти изменения без чрезмерного потрясения.

1,5 (если посередине между соседними критериями).

2 Немного ненормальная адаптация к изменениям – когда взрослые пытаются изменить род занятий, то ребенок может продолжать делать то, что он делал раньше или использовать те же предметы.

2,5 (если посередине между соседними критериями).

3 Умеренно ненормальная адаптация к изменениям – ребенок активно сопротивляется изменению в устоявшемся порядке, пытается продолжать старое занятие и его очень трудно от этого отвлечь. Он или она может начать сердиться и расстраиваться, когда устоявшийся порядок действий меняется. **3,5** (если посередине между соседними критериями).

4 Значительно ненормальная адаптация к изменениям – ребенок демонстрирует резкую реакцию на изменения. Если изменения ему навязываются, он или она может стать чрезвычайно сердитым или нежелающим сотрудничать и реагирует вспышкой раздражения.

VII. Визуальная реакция

1 Соответствующая возрасту визуальная реакция – визуальная реакция ребенка нормальна и соответствует его возрасту. Зрение используется совместно с другими органами чувств, как способ исследования новых объектов.

1,5 (если посередине между соседними критериями).

2 Немного ненормальная визуальная реакция – ребенку приходится периодически напоминать, чтобы он посмотрел на объекты. Ребенок может больше интересоваться своим изображением в зеркале или светом, чем сверстниками, может время от времени просто смотреть в пространство или избегать смотреть людям в глаза.

2,5 (если посередине между соседними критериями).

3 Умеренно ненормальная визуальная реакция – ребенку часто нужно напоминать, что он должен смотреть на то, что он делает. Он или она может смотреть в пространство, избегать смотреть людям в глаза, смотреть на объекты под необычным углом зрения или держать объекты очень близко к глазам.

3,5 (если посередине между соседними критериями).

4 Значительно ненормальная визуальная реакция – ребенок постоянно избегает смотреть на людей или на определенные объекты, и показывает и демонстрирует крайние формы визуальных странностей, которые были описаны выше.

VIII. Слуховая реакция

1 Соответствующая возрасту слуховая реакция – слуховая реакция ребенка нормальна и соответствует его возрасту. Слух используется совместно с другими органами чувств.

1,5 (если посередине между соседними критериями).

2 Немного ненормальная слуховая реакция – может присутствовать недостаточная ответная реакция или небольшая повышенная чувствительность к конкретным звукам. Реакция на звук может быть с опозданием, может быть необходимо повторить звуки, чтобы завладеть вниманием ребенка. Ребенок может расстраиваться из-за поступающих извне звуков.

2,5 (если посередине между соседними критериями).

3 Умеренно ненормальная слуховая реакция – реакция на звуки у ребенка меняется; часто он игнорирует звуки, когда они произносятся первые несколько раз; может пугаться или закрывать уши, когда слышит некоторые звуки из повседневной жизни.

3,5 (если посередине между соседними критериями).

4 Значительно ненормальная слуховая реакция – ребенок демонстрирует повышенную чувствительность и/или пониженную чувствительность к звукам в очень заметной степени, в зависимости от типа звука.

IX. Вкус, запах, реакция на прикосновения (осязание), их использование

1 Нормальное использование и реакция на вкус, запах и прикосновения – ребенок изучает новые объекты соответственно его возрасту, главным образом через ощущение прикосновения и зрение. Вкус и запах используется надлежащим образом. Когда ребенок испытывает небольшую боль, он проявляет это в рамках нормальной реакции.

1,5 (если посередине между соседними критериями).

2 Немного ненормальное использование, реакция на вкусовые ощущения, запахи и прикосновения – ребенок постоянно сует предметы в рот, может нюхать или пробовать на вкус несъедобные объекты; может не реагировать или слишком остро реагировать на небольшую боль, которую обычный ребенок воспринял бы как небольшой дискомфорт.

2,5 (если посередине между соседними критериями).

3 Умеренно ненормальное использование или реакция на вкус, запах и прикосновение – ребенок может быть умеренно озабоченным прикосновением, нюхать или пробовать на вкус объекты или людей. Ребенок может также слишком сильно либо слишком слабо реагировать.

3,5 (если посередине между соседними критериями).

4 Значительно ненормальное использование или реакция на вкус, запах, прикосновение – ребенок озабочен запахами, вкусовыми ощущениями или прикосновениями к объектам больше для того, чтобы испытать ощущение, чем для нормального изучения или использования объектов. Ребенок может полностью игнорировать боль или реагировать очень сильно на небольшой дискомфорт.

Х. Боязнь или нервозность

1 Нормальный уровень боязни или нервозности – поведение ребенка соответствует и ситуации и его возрасту.

1,5 (если посередине между соседними критериями).

2 Немного ненормальная боязнь или нервозность – ребенок время от времени демонстрирует слишком сильную или слишком слабую боязнь или нервозность по сравнению с нормальными детьми того же возраста в аналогичной ситуации.

2,5 (если посередине между соседними критериями).

3 Умеренно ненормальные боязнь или нервозность – ребенок время от времени демонстрирует немного больше или немного меньше боязни, чем характерно даже для детей младше его в аналогичной ситуации. **3,5** (если посередине между соседними критериями).

4 Значительно ненормальные боязнь или нервозность – боязнь присутствует даже после повторного опыта с безопасными событиями или объектами. Очень тяжело успокоить или утешить ребенка. Ребенок может, наоборот, не замечает опасность, которую другие дети такого же возраста избегают.

ХI. Вербальная коммуникация

1 Нормальная вербальная коммуникация, подходящая для данного возраста и ситуации.

1,5 (если посередине между соседними критериями).

2 Немного ненормальная вербальная коммуникация – речь в целом формируется с задержкой. Большая часть речи осмысленна, при этом присутствует некоторая эхолалия или может случаться неправильное употребление местоимений. Некоторые странные слова или жаргон могут использоваться время от времени.

2,5 (если посередине между соседними критериями)

3 Умеренно ненормальная вербальная коммуникация – речь может отсутствовать. Когда она есть, вербальная коммуникация может быть смесью осознанной речи и странной речи, такой как жаргон, эхолалия, неправильное употребление местоимений. Особенности осознанной речи включают излишние вопросы или увлеченность определенными темами.

3,5 (если посередине между соседними критериями)

4 Значительно ненормальная вербальная коммуникация – осмысленная речь не используется. Ребенок может издавать младенческий визг, причудливые или животные звуки, более сложный шум, приближающийся к речи, или может показывать настойчивое, странное использование некоторых узнаваемых слов или фраз.

XII. Невербальная коммуникация

1 Нормальная невербальная коммуникация, подходящая для данного возраста и ситуации.

1,5 (если посередине между соседними критериями).

2 Немного ненормальное использование невербальной коммуникации – незрелое использование невербальной коммуникации; может только показывать неопределенно или дотягиваться до того, что он или она хочет, в ситуации, где ребенок такого же возраста может показать или объяснить жестами что конкретно он или она хочет.

2,5 (если посередине между соседними критериями).

3 Умеренно ненормальное использование невербальной коммуникации – ребенок в общем и целом может выражать свои потребности или желания невербально и может не понимать невербальное общение других.

3,5 (если посередине между соседними критериями).

4 Значительно ненормальное использование невербальной коммуникации – ребенок только использует причудливые или странные жесты, которые не имеют очевидного смысла, и не понимает смысла жестов и выражения лица других.

XIII. Уровень активности

1 Нормальный уровень активности для возраста и окружающей обстановки – ребенок не более и не менее активен, чем нормальные дети этого же возраста в аналогичной ситуации. **1,5** (если посередине между соседними критериями).

2 Немного ненормальный уровень активности – ребенок либо немного неугомонный или в некотором роде «ленивый» и медлительный. Уровень активности ребенка влияет очень слабо на его или ее успехи. **2,5** (если посередине между соседними критериями).

3 Умеренно ненормальный уровень активности – ребенок может быть очень активным и его сложно держать в определенных границах. Он или она может иметь безграничную энергию и может не быть готовым ко сну вечером. Наоборот, ребенок может быть довольно летаргичным и нуждаться в большом количестве побуждений, для того чтобы заставить его двигаться. **3,5** (если посередине между соседними критериями).

4 Значительно ненормальный уровень активности – ребенок проявляет крайние состояния активности или неактивности и даже может изменяться от одного экстремального состояния к другому.

XIV. Уровень и степень интеллектуального отклика

1 Интеллект нормален и достаточно равномерно развит в различных областях – ребенок так же умен, как и дети его возраста и не имеет какихлибо необычных интеллектуальных навыков или проблем. **1,5** (если посередине между соседними критериями).

2 Немного ненормальное проявление интеллекта – ребенок не так умен, как типичные дети его возраста; навыки немного отстают в различных областях.

2,5 (если посередине между соседними критериями).

3 Умеренно ненормальное проявление интеллекта – в общем и целом ребенок не так умен, как типичные дети этого возраста; несмотря на это, ребенок функционирует довольно нормально в одной или нескольких интеллектуальных областях.

3,5 (если посередине между соседними критериями).

4 Значительно ненормальное проявление интеллекта – при том, что ребенок не так умен, как типичные дети его возраста, он или она могут функционировать даже лучше, чем нормальные дети этого же возраста в одной или нескольких областях.

XV. Общее впечатление

1 Это не аутизм – У ребенка нет симптомов, характеризующих аутизм.

1,5 (если посередине между соседними критериями).

2 Мягкая форма аутизма – У ребенка есть только некоторые симптомы или мягкая степень аутизма.

2,5 (если посередине между соседними критериями).

3 Умеренный аутизм – Ребенок демонстрирует определенные симптомы или умеренную степень аутизма. **3,5** (если посередине между соседними критериями).

4 Тяжелый аутизм – Ребенок демонстрирует многие симптомы или крайнюю степень аутизма.

Шкала оценки уровней аутичности детей дошкольного возраста в таблице 1.

Шкала оценки уровней аутичности детей дошкольного возраста

Уровни аутичности	Итоговая сумма баллов
Высокий (тяжелый аутизм)	37-60 баллов
Средний (мягкая или умеренная степень аутизма)	30-37 баллов
Низкий (не аутичный ребенок).	15-30 баллов

Рейтинговая шкала аутизма у детей C.A.R.S. была разработана E Schopler, R. Reichler, R. DeVellis, K. Daly (1980).

Шкала **C.A.R.S** - один из наиболее широко используемых инструментов. Рейтинговая шкала аутизма у детей (Childhood Autism Rating Scale, CARS) CARS базируется на клинических наблюдениях за поведением ребенка, требует минимального обучения в работе с этой шкалой, а также может служить для первичного скрининга симптомов аутизма.

Шкала применяется для детей в возрасте 3-6 лет. Данная шкала относится к скрининговым методам и не является основанием для постановки диагноза.

Результатом диагностики степени выраженности аутичности ребенка (CARS) является наиболее точная оценка уровня изменений в развитии ребенка. Данная диагностика позволяет эффективно пронаблюдать за достижениями ребенка на коррекционно-развивающих занятиях.

I. Взаимоотношения с людьми

1 Никаких очевидных трудностей или не нормальностей в общении с людьми. Поведение ребенка адекватно для его возраста. Может наблюдаться небольшая застенчивость, суетливость или беспокойство в тот момент, когда к ребенку обращаются, но это в пределах нормы.

1.5 (если посередине между соседними критериями)

2 Немного ненормальные взаимоотношения – ребенок может избегать контакта глаз, избегать взрослых или становиться нервным если пытаются привлечь его внимание, быть очень стеснительным, не откликаться при обращении к нему, как это обычно делают дети, липнуть к родителям больше чем большинство детей этого возраста.

2.5 (если посередине между соседними критериями)

3 Умеренно ненормальные взаимоотношения — ребенок порой равнодушен (создается ощущение, что он не замечает взрослых). Постоянные принудительные меры необходимы чтобы привлечь внимание ребенка иной раз. Ребенком иницируется минимальный контакт.

3.5 (если посередине между соседними критериями)

4 Значительно ненормальные взаимоотношения – Ребенок постоянно равнодушен и не замечает, что делают взрослые. Ребенок никогда не откликается и никогда не иницирует контакт со взрослыми. Только очень упорные попытки овладеть вниманием ребенка могут дать эффект.

II. Имитация

1 Правильная имитация – Ребенок может имитировать звуки, слова, движения, которые доступны ребенку его возраста.

1.5 (если посередине между соседними критериями)

2. Немного ненормальная имитация – Ребенок имитирует простейшее поведение, например, хлопанье в ладоши или одиночные звуки в большинстве случаев. Иногда имитирует после побуждения или с задержкой. 2.5 (если посередине между соседними критериями)

3 Умеренно ненормальная имитация – Ребенок имитирует только иногда и это требует большого упорства и помощи со стороны взрослого. Часто имитирует только с задержкой.

3.5 (если посередине между соседними критериями)

4 Значительно ненормальная имитация – Ребенок очень редко или никогда не имитирует звуки, слова, движения даже при побуждении или с помощью взрослого.

III. Эмоциональная реакция

1 Эмоциональная реакция соответствует возрасту и ситуации – Ребенок демонстрирует адекватный тип и степень эмоциональной реакции и это отражается на выражении лица, в позе и манере.

1.5 (если посередине между соседними критериями)

2 Немного ненормальная эмоциональная реакция – Ребенок иногда показывает в некоторой степени неподходящий тип и степень эмоциональной реакции. Реакции иногда не связаны с окружающими объектами и происходящими вокруг них событиями.

2.5 (если посередине между соседними критериями)

3 Умеренно ненормальная эмоциональная реакция – Ребенок показывает определенные признаки неподходящего типа и/или степени эмоциональной реакции. Реакции могут быть довольно заторможенные или чрезмерные и несвязанными с ситуацией; может гримасничать, смеяться или становиться суровым даже когда не происходит никаких очевидных событий или объектов, которые могли это спровоцировать.

3.5 (если посередине между соседними критериями)

4 Значительно ненормальная эмоциональная реакция – Реакция крайне редко соответствует ситуации; когда ребенок находится в конкретном настроении очень тяжело изменить это настроение.

Напротив, ребенок показывает очень разные эмоции, когда ничего не менялось.

IV. Владение телом

1 Владение телом соответствует возрасту – Ребенок двигается легко, ловко, координация соответствует нормальному ребенку этого возраста.

1.5 (если посередине между соседними критериями)

2 Немного ненормальное владение телом – Присутствуют некоторые небольшие странности такие как неповоротливость, повторяющиеся движения, плохая координация, или редкое проявление более необычных движений.

2.5 (если посередине между соседними критериями)

3 Умеренно ненормальное владение телом – Поведение, которое определенно странное или необычное для ребенка этого возраста может включать странные движения пальцами, необычные позиции пальцев или тела, он может пялиться или теревить части тела, проявлять агрессию к самому себе, раскачиваться, крутиться, вертеть пальцами, или ходить на цыпочках.

3.5 (если посередине между соседними критериями)

4 Значительно ненормальное владение телом – Интенсивные или частые движения, указанные выше являются знаками серьезно ненормального использования тела. Это поведение присутствует, не смотря на попытки осудить, остановить или вовлечь ребенка в другие занятия.

V. Использование объектов

1 Нормальное использование и интерес к игрушкам и другим объектам – Ребенок демонстрирует нормальный интерес к игрушкам и другим объектам, соответствующий его уровню мастерства (skill level) и использует эти игрушки по назначению.

1.5 (если посередине между соседними критериями)

2. Немного ненормальное интерес или использование игрушек и других объектов – Ребенок может показывать нетипичный интерес к игрушке

или играть неподходящим образом (например, стучать игрушкой или сосать ее).

2.5 (если посередине между соседними критериями)

3 Умеренно ненормальный интерес или использование игрушек, или других объектов – Ребенок может демонстрировать слабый интерес к игрушкам или другим объектам, или может быть озабочен использованием объекта или игрушки странным образом. Он или она может фокусироваться на незначительной части игрушки, быть зачарованным отражениями света от объекта, постоянно двигать определенную часть объекта или играть исключительно с одним объектом.

3.5 (если посередине между соседними критериями)

4 Значительно ненормальный интерес к игрушке или использования игрушки, или других объектов – Ребенок может иметь то же поведение, как и в описано в предыдущих пунктах, но с большей частотой и интенсивностью. Ребенка очень трудно отвлечь, когда он занимается этими неподходящими действиями.

VI. Адаптация к изменениям

1 Соответствующее возрасту реакция на изменения – Не смотря на то что ребенок замечает и комментирует изменения в повседневной жизни он или она принимает эти изменения без чрезмерного потрясения.

1.5 (если посередине между соседними критериями)

2 Немного ненормальная адаптация к изменениям – Когда взрослые пытаются изменить род занятий, то ребенок может продолжать делать, то что он делал раньше или использовать те же предметы.

2.5 (если посередине между соседними критериями)

3 Умеренно ненормальная адаптация к изменениям – Ребенок активно сопротивляется изменению в устоявшемся порядке, пытается продолжать старое занятие и его очень трудно от этого отвлечь. Он или она

может начать сердиться и расстраиваться, когда устоявшийся порядок действий меняется.

3.5 (если посередине между соседними критериями)

4 Значительно ненормальная адаптация к изменениям – Ребенок демонстрирует резкую реакцию на изменения. Если изменения ему навязываются, он или она может стать чрезвычайно сердитым или нежелающим сотрудничать и реагирует вспышкой раздражения.

VII. Визуальная реакция

1 Соответствующее возрасту визуальная реакция – Визуальная реакция ребенка нормальна и соответствует его возрасту. Зрение используется совместно с другими чувствами как способ исследования новых объектов.

1.5 (если посередине между соседними критериями)

2 Немного ненормальная визуальная реакция – Ребенку приходится периодически напоминать, чтобы он посмотрел на объекты. Ребенок может больше интересоваться своим изображением в зеркале или светом, чем сверстниками, может время от времени просто смотреть в пространство или избегать смотреть людям в глаза.

2.5 (если посередине между соседними критериями)

3 Умеренно ненормальная визуальная реакция – Ребенку часто нужно напоминать, что он должен смотреть на то, что он делает. Он или она может смотреть в пространство, избегать смотреть людям в глаза, смотреть на объекты под необычным углом зрения или держать объекты очень близко к глазам.

3.5 (если посередине между соседними критериями)

4 Значительно ненормальная визуальная реакция – Ребенок постоянно избегает смотреть на людей или на определенные объекты, и

показывает и демонстрирует крайние формы визуальных странностей, которые были описаны выше.

VIII. Слуховая реакция

1 Соответствующее возрасту слуховая реакция – Слуховая реакция ребенка нормальна и соответствует его возрасту. Слух используется совместно с другими чувствами.

1.5 (если посередине между соседними критериями)

2. Немного ненормальная слуховая реакция – Может присутствовать недостаточная ответная реакция или небольшая повышенная чувствительность к конкретным звукам. Реакция на звук может быть с опозданием звуки может быть необходимо повторить чтобы завладеть вниманием ребенка. Ребенок может расстраиваться из-за поступающих из вне звуков.

2.5 (если посередине между соседними критериями)

3 Умеренно ненормальная слуховая реакция – Реакция на звуки у ребенка меняется; часто он игнорирует звуки, когда они произносятся первые несколько раз; может пугаться или закрывать уши когда слышит некоторые звуки из повседневной жизни.

3.5 (если посередине между соседними критериями)

4 Значительно ненормальная слуховая реакция – Ребенок демонстрирует повышенную чувствительность и/или пониженную чувствительность к звукам в очень заметной степени, в зависимости от типа звука.

IX. Вкус, запах и реакция на прикосновение и осязания, их использование

1 Нормальное использование и реакция на вкус, запах и прикосновения – Ребенок изучает новые объекты соответственно его возрасту,

главным образом через ощущение и зрение. Вкус и запах используется надлежащим образом. Когда ребенок испытывает небольшую боль, он проявляет это в рамках нормальной реакции.

1.5 (если посередине между соседними критериями)

2. Немного ненормальное использование, реакция на вкусовые ощущения, запахи и прикосновения – Ребенок постоянно сует предметы в рот, может нюхать или пробовать на вкус несъедобные объекты; может не реагировать или слишком остро реагировать на небольшую боль, которую обычный ребенок воспринял бы как небольшой дискомфорт.

2.5 (если посередине между соседними критериями)

3 Умеренно ненормальное использование или реакция на вкус, запах и прикосновение – Ребенок может быть умеренно озабоченным прикосновением, нюхать или пробовать на вкус объекты или людей. Ребенок может также слишком сильно либо слишком слабо реагировать.

3.5 (если посередине между соседними критериями)

4 Значительно ненормальное использование или реакция на вкус, запах, прикосновение – Ребенок озабочен запахами, вкусовыми ощущениями или прикосновениями к объектам больше для того чтобы испытать ощущение чем для нормального изучения или использования объектов. Ребенок может полностью игнорировать боль или реагировать очень сильно на небольшой дискомфорт.

Х. Боязнь или нервозность

1 Нормальный уровень боязни или нервозности – Поведение ребенка соответствует и ситуации, и его возрасту.

1.5 (если посередине между соседними критериями)

2 Немного ненормальная боязнь или нервозность – Ребенок время от времени демонстрирует слишком сильную или слишком слабую боязнь или

нервозность по сравнению с нормальными детьми того же возраста в аналогичной ситуации.

2.5 (если посередине между соседними критериями)

3 Умеренно ненормальные боязнь или нервозность – Ребенок время от времени демонстрирует немного больше или немного меньше боязни, чем характерно даже для детей младше его в аналогичной ситуации.

3.5 (если посередине между соседними критериями)

4 Значительно ненормальные боязнь или нервозность – Боязнь присутствует даже после повторного опыта с безопасными событиями или объектами. Очень тяжело успокоить или утешить ребенка. Ребенок может, наоборот, не замечает опасность, которую другие дети такого же возраста избегают.

XI. Вербальная коммуникация

1 Нормальная вербальная коммуникация, подходящая для данного возраста и ситуации.

1.5 (если посередине между соседними критериями)

2 Немного ненормальная вербальная коммуникация – Речь в целом формируется с задержкой. Большая часть речи осмыслена, при этом присутствует некоторая эхолалия или неправильное употребление местоимений может случаться. Некоторые странные слова или жаргон могут использоваться время от времени.

2.5 (если посередине между соседними критериями)

3 Умеренно ненормальная вербальная коммуникация – Речь может отсутствовать. Когда она есть, вербальная коммуникация может быть смесью осознанной речи и странной речи такой как жаргон, эхолалия, неправильное употребление местоимений. Особенностью в осознанной речи включают излишние вопросы или увлеченность определенными темами.

3.5 (если посередине между соседними критериями)

4 Значительно ненормальная вербальная коммуникация – Осмысленная речь не используется. Ребенок может издавать младенческий визг, причудливые или животные звуки, более сложный шум, приближающийся к речи или может показывать настойчивое, странное **использование** некоторых узнаваемых слов или фраз.

XII. Невербальная коммуникация

1 Нормальная невербальная коммуникация, подходящая для данного возраста и ситуации.

1.5 (если посередине между соседними критериями)

2 Немного ненормальное использование невербальной коммуникации – Незрелое использование невербальной коммуникации; может только показывать неопределенно или дотягиваться до того что он или она хочет, в ситуации где ребенок такого же возраста может показать или объяснить жестами что конкретно он или она.

2.5 (если посередине между соседними критериями)

3 Умеренно ненормальное использование невербальной коммуникации – Ребенок в общем и целом может выражать свои потребности или желания не вербально и не может понимать невербальное общение других.

3.5 (если посередине между соседними критериями)

4 Значительно ненормальное использование невербальной коммуникации – Ребенок только использует причудливые или странные жесты, которые не имеют очевидного смысла и не понимают смысла жестов и выражения лица других.

XIII. Уровень активности

1 Нормальный уровень активности для возраста и окружающей обстановки – Ребенок не более и не менее активен, чем нормальные дети этого же возраста в аналогичной ситуации.

1.5 (если посередине между соседними критериями)

2. Немного ненормальный уровень активности – Ребенок либо немного неугомонный или в некотором роде “ленивый” и медлительный. Уровень активности ребенка влияет очень слабо на его или ее успехи.

2.5 (если посередине между соседними критериями)

3. Умеренно ненормальный уровень активности – Ребенок может быть очень активным и его сложно держать в определенных границах. Он или она может иметь безграничную энергию и может не быть готовым ко сну вечером. Наоборот, ребенок может быть довольно летаргичным и нуждаться в большом количестве побуждений для того чтобы его заставить двигаться.

3.5 (если посередине между соседними критериями)

4. Значительно ненормальный уровень активности – Ребенок проявляет крайние состояния активности или не активности и даже может изменяться от одного экстремального состояния к другому.

XIV. Уровень и степень интеллектуального отклика

1. Интеллект нормален и достаточно равномерно развит в различных областях – Ребенок так же умен, как и дети его возраста и не имеет какихлибо необычных интеллектуальных навыков или проблем.

1.5 (если посередине между соседними критериями)

2. Немного ненормальное проявление интеллекта – Ребенок не так умен, как типичные дети его возраста; навыки немного отстают в различных областях.

2.5 (если посередине между соседними критериями)

3. Умеренно ненормальное проявление интеллекта – В общем и целом ребенок не так умен, как типичные дети этого возраста; несмотря на это, ребенок функционирует довольно нормально в одной или нескольких интеллектуальных областях.

3.5 (если посередине между соседними критериями)

4 Значительно ненормальная проявление интеллекта – При том что ребенок не так умен, как типичные дети его возраста, он или она могут функционировать даже лучше, чем нормальные дети этого же возраста в одной или нескольких областях.

XV. Общее впечатление

1 Это не аутизм – У ребенка нет симптомов, характеризующих аутизм.

1.5 (если посередине между соседними критериями)

2 Мягкая форма аутизма – У ребенка есть только некоторые симптомы или мягкая степень аутизма.

2.5 (если посередине между соседними критериями)

3 Умеренный аутизм – Ребенок демонстрирует определенные симптомы или умеренную степень аутизма.

3.5 (если посередине между соседними критериями)

4 Тяжелый аутизм – Ребенок демонстрирует многие симптомы или крайнюю степень аутизма.

Шкала оценки уровней аутичности детей дошкольного возраста в таблице 2.

Таблица 2

Шкала оценки уровней аутичности детей дошкольного возраста

Уровни аутичности	Итоговая сумма баллов
Высокий (тяжелый аутизм)	37-60 баллов
Средний (мягкая или умеренная степень аутизма)	30-37 баллов
Низкий (не аутичный ребенок).	15-30 баллов

В исследовании приняли участие 30 детей дошкольного возраста с расстройством аутического спектра. Список детей, участвовавших в исследовании представлена в таблице 3.

Таблица 3

Список детей, участвовавших в исследовании

Ребенок	Возраст	Группа
Эдуард	3	средняя
Таисия	3	средняя
Анна	3	средняя
Наталья	3	средняя
Алена	3	средняя
Лаура	3	средняя
Руслан	3	средняя
Алиса	3	средняя
Дарина	3	средняя
Инна	3	средняя
Константин	3	средняя
Жанна	3	средняя
Вадим	3	средняя
Мария	3	средняя
Александра	4	средняя
Роман	3	средняя
Сергей	4	средняя
Александр	4	средняя
Амирхан	5	старшая
Кирилл	5	старшая
Дмитрий	5	старшая

Эвелина	5	старшая
Артем	5	старшая
Андрей	5	старшая
Павел	6	старшая
Михаил	6	старшая
Максим	5	старшая
Сергей	6	старшая

Таким образом, на первом этапе исследования нами выяснено, что в исследуемой группе находятся дети дошкольного возраста с расстройством аутического спектра, что указывает на необходимость проведения более ранних и точных диагностических мероприятий в исследуемой группе для определения длительной комплексной адекватной медико-психологопедагогической коррекции, которая даст возможность большинству аутичных детей обучаться в школе, нередко обнаруживая одаренность в отдельных областях знаний и искусстве.

2.2 Диагностика особенностей развития детей дошкольного возраста с расстройством аутического спектра

На втором этапе исследования мы подробно оценивали уровни аутичности детей дошкольного возраста по методике АТЕС и рейтинговой шкале аутизма у детей C.A.R.S.

Результаты данного этапа исследования предоставлены в таблицах 4 и 5. Диагностика уровней аутичности детей дошкольного возраста по методике АТЕС представлена в таблице 4.

Диагностика уровней аутичности детей дошкольного возраста по методике АТЕС

Имя	Возраст	Группа	Взаимоотношения с людьми	Имитация	Эмоциональная реакция	Владение телом	Визуальная реакция	Слуховая реакция	Вкус, Запах и реакция на прикосновение и осязание, их использование	Невербальная коммуникация	Уровень активности	Уровень интеллектуального отклика	Общее впечатление	Качественные нарушения в социальном взаимодействии	итого	степень
Эдуард	3	Ср.	4	3	3	2	2	3	2	4	3	2,5	2,5	2,5	31	Мягк.
Таисия	3	Ср.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	Неаут.

Анна	3	Ср.	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	Неаут.
Наталья	3	Ср.	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	Неаут.
Алена	3	Ср.	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	Неаут.
Лаура	3	Ср.	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	Неаут.
Руслан	3	Ср.	3,5	2	3,5	3	3	4	3	2	3	4	4	3	34	Мягк.
Алиса	3	Ср.	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	13	Неаут.
Дарина	3	Ср.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	Неаут.
Инна	3	Ср.	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	14	Неаут.
Николай	3	Ср.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	Неаут.
Жанна	3	Ср.	2,5	3	3,5	4	2	4	3,5	4	2	4	2,5	4	38	Тяж.
Вадим	3	Ср.	3,5	4	4	4	4	4	3,5	4	4	4	2,5	2,5	47	Тяж.
Мария	3	Ср.	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1		2	15	Неаут.
Оксана	4	Ср.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	Неаут.
Роман	3	Ср.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	Неаут.
Сергей	4	Ср.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	Неаут.
Алексей	4	Ср.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	Неаут.

Амирхан	5	Ст.	3,5	4	4	4	4	3	3,5	4	4	3,5	4	3,5	42	Тяж.
Кирилл	5	Ст.	3,5	4	4	4	4	3	3,5	3	4	3,5	3	3,5	40	Тяж.
Дмитрий	5	Ст.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	Неаут.
Эвелина	5	Ст.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	Неаут.
Артем	5	Ст.	3	3	3	4	3	3	3,5	3	3	3,5	3,5	3,5	39	Тяж.
Андрей	5	Ст.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	Неаут.
Павел	6	Ст.	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	22	Неаут.
Михаил	6	С	3,5	2	2	2	2	3	2,5	3	3	3	2,5	3,5	32	Мягк.
Максим	5	Ст	3,5	4	4	4	4	4	3,5	2	2	2	3,5	3,5	40	Тяж.
Сергей	6	Ст.	2,5	2	2	2	2	3	2,5	2	3	2,5	4	2,5	30	Мягк.

В результате исследования уровней аутичности детей дошкольного возраста по методики АТЕС на втором этапе исследования были получены следующие результаты:

Низкий уровень аутичности в группе показали 64 % детей; 14 % детей имеют средний (мягкая или умеренная степень аутизма) уровень; 22 % детей имеют высокий (тяжелый аутизм) уровень (рис. 1).

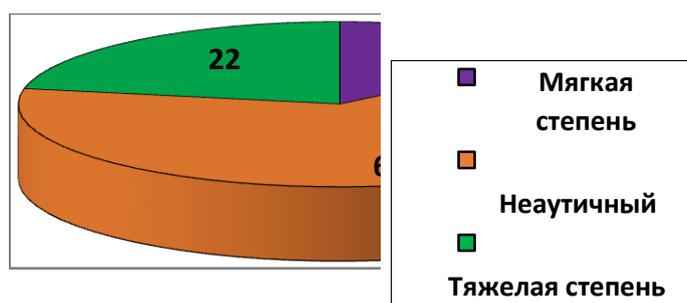


Рисунок 1. Результаты оценки уровней аутичности детей дошкольного возраста по методики АТЕС на втором этапе исследования

Дети с высоким (тяжелым аутизмом) уровнем имеют выраженные нарушения речи или ее своеобразное развитие (отсутствие местоимения «я» и понимания его смысловой нагрузки, говорение полноценными «взрослыми»

фразами без периода «детской» речи, эхолалии, повторение на память длинных отрывков, стихотворений вне контекста и т. п., отсутствие инициации диалога). Обладают искаженным восприятием опасности: отсутствием страха перед высотой, дорогой, животными. Агрессия у них может сочетаться с боязнью обыденных предметов: чайника, расчески и т. д.

Эти дети имеют выраженные ритуалы, а также стереотипии в поведении: раскачивание, кружение, навязчивую жестикуляцию. Так же им свойственны приступы агрессии, страха, истерики, смеха без видимых причин.

Дети имеющие средний (мягкую или умеренную степень аутизма) уровень демонстрируют лишь некоторые симптомы аутизма.

Диагностика уровней аутичности детей дошкольного возраста по рейтинговой шкале аутизма у детей С.А.Р.С. представлена в таблице 5.

Таблица 5

Диагностика уровней аутичности детей дошкольного возраста по рейтинговой шкале аутизма у детей С.А.Р.С.

Имя	Возраст	Группа	Взаимоотношения с людьми	Имитация	Эмоциональная реакция	Владение телом	Визуальная реакция	Слуховая реакция	Вкус, Запах и реакция на прикосновение и осязания, их использование	Невербальная коммуникация	Уровень активности	Уровень интеллектуального отклика	Общее впечатление	Качественные нарушения в социальном взаимодействии	итого	степень
Эдуард	3	Ср.	4	3	3	2	2	3	2	4	3	2,5	2,5	2,5	31	Мягк.
Таисия	3	Ср.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	Неаут.
Анна	3	Ср.	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	Неаут.
Наталья	3	Ср.	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	Неаут.
Алена	3	Ср.	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	Неаут.

Лаура	3	Ср	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	Неаут.
Руслан	3	Ср.	3,5	3	3,5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	39	Тяж.
Алиса	3	Ср.	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	13	Неаут.
Дарина	3	Ср.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	Неаут.
Инна	3	Ср.	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	14	Неаут.
Николай	3	Ср	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	Неаут.
Жанна	3	Ср.	2,5	3	3,5	4	2	4	3,5	4	2	4	2,5	4	38	Тяж.
Вадим	3	Ср.	3,5	4	4	4	4	4	3,5	4	4	4	2,5	2,5	47	Тяж.
Мария	3	Ср.	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1		2	15	Неаут.
Оксана	4	С	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	Неаут.
Роман	3	Ср	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	Неаут.
Сергей	4	Ср.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	Неаут.
Алексей	4	Ср.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	Неаут.
Амирхан	5	Ст.	3,5	4	4	4	4	3	3,5	4	4	3,5	4	3,5	42	Тяж.
Кирилл	5	Ст.	3,5	4	4	4	4	3	3,5	3	4	3,5	3	3,5	40	Тяж.
Дмитрий	5	Ст.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	Неаут.
Эвелина	5	Ст.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	Неаут.
Артем	5	Ст.	3	3	3	4	3	3	3,5	3	3	3,5	3,5	3,5	39	Тяж.
Андрей	5	Ст.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	Неаут.
Павел	6	Ст.	3	3	2	3	2	2	2	2	2	3	3	3	30	Мягк.
Михаил	6	С	3,5	2	2	2	2	3	2,5	3	3	3	2,5	3,5	32	Мягк.
Максим	5	Ст	3,5	4	4	4	4	4	3,5	2	2	2	3,5	3,5	40	Тяж.
Сергей	6	Ст.	2,5	2	2	2	2	3	2,5	2	3	2,5	4	2,5	30	Мягк.

В результате исследования уровней аутичности детей дошкольного возраста по методике С.А.Р.С. на втором этапе исследования были получены следующие результаты:

Низкий уровень аутичности в группе показали 65 % детей; 15 % детей имеют средний (мягкая или умеренная степень аутизма) уровень; 20 % детей имеют высокий (тяжелый аутизм) уровень (рис. 2).

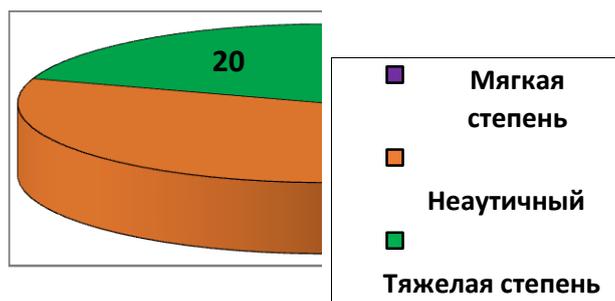


Рисунок 2. Результаты оценки уровней аутичности детей дошкольного возраста по рейтинговой шкале аутизма у детей С.А.Р.С. на втором этапе исследования

Итак, проведенное исследование по диагностике уровней аутичности детей дошкольного возраста по методике АТЭС и рейтинговой шкале аутизма у детей С.А.Р.С. показали, что результатах практически идентичны. Для того, чтобы подтвердить вышесказанное, нами была проведена статистическая обработка данных при помощи U-критерия Манна-Уитни, которая подтвердила отсутствие значимых различий по результатам второго этапа исследования.

2. 3 Анализ методов диагностики детей дошкольного возраста с расстройством аутического спектра

На третьем этапе нашего исследования нами был проведен сравнительно-сопоставительный анализ полученных результатов по методике

АТЕС и рейтинговой шкале аутизма у детей С.А.Р.С. Для сравнения полученных результатов на втором этапе по диагностике уровней аутичности детей дошкольного возраста по данным методикам нами были рассчитаны средние значения в группе и сравнены между собой (табл. 6).

Как видим из таблицы 6, результаты на втором этапе исследования оказались практически идентичными:

Таблица 6

Сравнительно-сопоставительный анализ полученных результатов по методике АТЕС и рейтинговой шкале аутизма у детей С.А.Р.С.

Методика	Взаимоотношения с людьми	Имитация	Эмоциональная реакция	Владение телом	Визуальная реакция	Слуховая реакция	Вкус, Запах и реакция на прикосновения	Невербальная коммуникация	Уровень активности	Уровень интеллектуального отклика
АТЕС	1,2	1,2	1,5	1,5	1,5	1,2	1,8	1,7	1,1	1,5
С.А.Р.С.	1,1	1,2	1,4	1,4	1,6	1,1	1,7	1,6	1,3	1,7

Таким образом, на втором этапе исследования нами были получены практически идентичные результаты. Для того, чтобы подтвердить вышесказанное, нами была проведена статистическая обработка данных при помощи U-критерия Манна-Уитни.

Определяем эмпирические значения критерия U Манна-Уитни по формуле:

$$U_{emp} = (n_1 * n_2) + \frac{n_x * (n_x + 1)}{2} - T_x$$

где n_1 — количество испытуемых в 1 группе; n_2 — количество испытуемых во 2 группе; T_x — большая из двух ранговых сумм; n_x — количество испытуемых в группе с большей ранговой суммой

Таблица 7

**Результаты статистической обработки данных на втором этапе
исследования по U-критерию Манна-Уитни**

	Взаимоотношения с людьми	Имитация	Эмоциональная реакция	Владение телом	Визуальная реакция	Слуховая реакция	Вкус, Запахи и реакция на прикоснов	Невербальная коммуникация	Уровень активности	Уровень интеллектуальной отклика
U-критерий	47,5	47	44	48	48,5	50	45,5	48	44	43,5

По таблице определяем критические значения критерия U МаннаУитни.

$$U_{kr} = 23$$

Сравнить критические значения с эмпирическими.

$23 < 47,5 \Rightarrow U_{kr} > U_{emp}$ различия в уровнях выборок можно считать не существенными.

Следовательно, по результатам исследования можем сделать следующие выводы:

1. В результате проведенных диагностических процедур, мы полагаем, что исследование по диагностике уровней аутичности детей дошкольного возраста не может основываться на результатах, полученных с помощью диагностических материалов, предлагаемых в данной работе. Для более глубокого диагностического исследования, постановки диагноза, а затем сбалансированной коррекционной работы, необходимо привлечение более широкого спектра диагностических методик и тестов. В то же время в предлагаемых тестовых заданиях, возможно, оценить особенности интеллектуальной и коммуникативной сфер и отдельных эмоциональноличностных характеристик ребенка. Таким образом, нужно стремиться к реализации интегративного подхода, который находит все большее распространение в современной психодиагностической практике.

2. Проведенное исследование по методике АТЕС и рейтинговой шкале аутизма у детей С.А.Р.С. показало, что результаты практически идентичны.

3. Для того, чтобы подтвердить вышесказанное, нами была проведена статистическая обработка данных при помощи U-критерия Манна-Уитни, которая подтвердила отсутствие значимых различий по результатам второго этапа исследования.

4. Таким образом, в результате сравнительно-сопоставительного анализа результатов по методике АТЕС и рейтинговой шкале аутизма у детей С.А.Р.С. по диагностике уровней аутичности детей дошкольного возраста не было выявлено существенных особенностей. Следовательно, каждая из данных методик может быть рекомендована для ранней диагностики детей дошкольного возраста с нарушениями развития.

ВЫВОДЫ ПО ВТОРОЙ ГЛАВЕ

В результате проведенного исследования на первом этапе нами выяснено, что в исследуемой группе находятся дети дошкольного возраста с расстройством аутического спектра, что указывает на необходимость проведения более ранних и точных диагностических мероприятий в исследуемой группе для определения длительной комплексной адекватной медико-психолого-педагогической коррекции, которая даст возможность большинству аутичных детей обучаться в школе, нередко обнаруживая одаренность в отдельных областях знаний и искусстве.

В результате проведенных диагностических процедур, мы полагаем, что исследование по диагностике уровней аутичности детей дошкольного возраста не может основываться на результатах, полученных с помощью диагностических материалов, предлагаемых в данной работе. Для более глубокого диагностического исследования, постановки диагноза, а затем сбалансированной коррекционной работы, необходимо привлечение более широкого спектра диагностических методик и тестов. В то же время в

предлагаемых тестовых заданиях, возможно, оценить особенности интеллектуальной и коммуникативной сфер и отдельных эмоционально-личностных характеристик ребенка. Таким образом, нужно стремиться к реализации интегративного подхода, который находит все большее распространение в современной психодиагностической практике.

Проведенное исследование по методике АТЕС и рейтинговой шкале аутизма у детей С.А.Р.С. показало, что результаты практически идентичны.

Для того, чтобы подтвердить вышесказанное, нами была проведена статистическая обработка данных при помощи U-критерия Манна-Уитни, которая подтвердила отсутствие значимых различий по результатам второго этапа исследования.

Таким образом, в результате сравнительно-сопоставительного анализа результатов по методике АТЕС и рейтинговой шкале аутизма у детей С.А.Р.С. по диагностике уровней аутичности детей дошкольного возраста не было выявлено существенных особенностей. Следовательно, каждая из данных методик может быть рекомендована для ранней диагностики детей дошкольного возраста с нарушениями развития.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В современной психолого-педагогической литературе доказано, что чем раньше начинается диагностическая работа с ребенком, тем более полными

могут оказаться коррекция и компенсация дефекта, а в некоторых случаях возможно предупреждение вторичных нарушений развития.

Проведенный теоретический анализ проблемы позволяет нам сделать следующие выводы и обобщения:

1. Проблема раннего детского аутизма сложна и на сегодняшний день недостаточно раскрыта, что еще раз подчеркивает ее актуальность. Как показал анализ специальной литературы по проблеме, до настоящего времени не установлены причинные факторы, нет единой точки зрения по вопросу механизма нарушения. Постоянное внимание авторов (как отечественных, так и зарубежных) к проблеме аутизма говорит о ее сложности и многоаспектности. Большинство исследователей сегодня принимают аутизм, как отрыв от реальности, погружение в самого себя, отгороженность от окружающего мира.

2. Проанализировав психолого-педагогическую характеристику детей с расстройствами аутистического спектра, мы приходим к выводу, что причина возникновения данных психологических изменений в силу неоднозначности природы возникновения аутизма также остается многозначной. Но наблюдения показывают, что аутичный ребенок воспринимает мир в «активных» красках, что противоречит его внутреннему состоянию. Таким образом, вместо форм активного взаимодействия с миром у аутичного ребенка преимущественно развиваются средства защиты от него. Ребенок вырабатывает особую избирательность в сенсорных контактах, фиксирует в быту множество неприятных, страшных моментов, стремится к стереотипным контактам со средой, потому что не способен активно и гибко приспособливаться к меняющимся обстоятельствам. Это приводит к искажению в развитии психических функций.

3. Исследования оценки эффективности применения программ ранней диагностики и коррекции, подтвердили значительные достижения в улучшении поведения и когнитивного функционирования детей с аутизмом. В результате ранней идентификации и раннего вмешательства отмечаются сокращения аутистической симптоматики, улучшение развития, академического и интеллектуального функционирования, улучшение общения со сверстниками. В условиях своевременного начала коррекции большинство аутичных детей могут обучаться в общеобразовательной школе, нередко обнаруживая одаренность в отдельных областях знаний, искусства. И наоборот, при отсутствии своевременной диагностики и адекватной психологической коррекции значительная часть таких детей становятся необучаемыми и неадаптированными к жизни в обществе.

4. В результате проведенных диагностических процедур, мы полагаем, что исследование по диагностике уровней аутичности детей дошкольного возраста не может основываться на результатах, полученных с помощью диагностических материалов, предлагаемых в данной работе. Для более глубокого диагностического исследования, постановки диагноза, а затем сбалансированной коррекционной работы, необходимо привлечение более широкого спектра диагностических методик и тестов. В то же время в предлагаемых тестовых заданиях, возможно, оценить особенности интеллектуальной и коммуникативной сфер и отдельных эмоциональноличностных характеристик ребенка. Таким образом, нужно стремиться к реализации интегративного подхода, который находит все большее распространение в современной психодиагностической практике.

5. Проведенное исследования по методике АТЕС и рейтинговой шкале аутизма у детей С.А.Р.С. показало, что результаты практически идентичны.

6. Для того, чтобы подтвердить вышесказанное, нами была проведена статистическая обработка данных при помощи U-критерия Манна-Уитни, которая подтвердила отсутствие значимых различий по результатам второго этапа исследования.

7. Таким образом, в результате сравнительно-сопоставительного анализа результатов по методике АТЕС и рейтинговой шкале аутизма у детей С.А.Р.С. по диагностике уровней аутичности детей дошкольного возраста не было выявлено существенных особенностей. Следовательно, каждая из данных методик может быть рекомендована для ранней диагностики детей дошкольного возраста с нарушениями развития.

Следовательно, гипотеза исследования о более полном выявлении аутизма у детей дошкольного возраста методами ранней диагностики-подтверждена, задачи решены и цель достигнута.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аршатская, О.С. Психологическая помощь ребенку раннего возраста при формирующемся детском аутизме / О.С. Аршатская // Дефектология. - 2005. № 2. - С. 46-56.
2. Баенская Е.Р. Особенности раннего аффективного развития аутичного ребенка в возрасте от 0 до 1,5 лет // Дефектология. - 1995. - №5. с.76-83.
3. Башина В.М. Аутизм в детстве. - М.: Медицина, 1999. - 240 с.
4. Башина Б.М. Ранний детский аутизм. / Исцеление: Альманах. - М.: 1993. - 154 -165 с.
5. Бобкова К.А. К вопросу об интеллектуальных расстройствах при шизофрении в пубертатном возрасте. // Вопросы психоневрологии детей и подростков. Т.3.И. ,1936. С. 63-87.
6. Богдашина, О. (2003). Нарушения Чувственного Восприятия при Аутизме и Синдроме Аспергера: Разное Чувственное Восприятие – Разное восприятие Мира. Лондон и Нью-Йорк: Издательство Jessica Kingsley Publishers.
7. Блейлер Е. Аутическое мышление / Хрестоматия по общей психологи. -М.: Изд-во МГУ, 1981. - 112-125 с.
8. Богдашина О. Аутизм: Определение и диагностика. - Донецк: Перспектива, 1999. - 304с.

9. Богомолова А.И. Нарушение произношения у детей: пособие для логопедов. –М.: Просвещение, 1979. -208с.
10. Борякова Н.Ю. Педагогические системы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии. -- М.: Астрель, 2008 - 113 с. (Высшая школа)
11. Вроно М.Ш., Башина В.М. Синдром Каннера и детская шизофрения. //Журнал неврологии и психиатрии. 1975. Т.75 Вып. 9 С. 1379.
12. Выготский Л.С. Мышление и речь. М.: Л.: Соцэкгиз. 1934. 323с.
13. Гилберг К., Питерс Т. Аутизм: Медицинские и педагогические аспекты. СПб.: ИСПиП, 1998. - 312 с.
14. Грэндин Т., Скариано М.М. Отворяя двери надежды. Мой опыт преодоления аутизма. - М.: Центр лечебной педагогики, 1999. - 332с.
15. Датешидзе Т.А. Альбом по звукопроизношению.СПб.: Речь, 2004.-128с, илл.
16. Детский аутизм: Хрестоматия / Сост. Шипицына Л.М. - СПб.: Дидактика плюс, 2001. - 368 с.
17. Дольто Ф. Исцеление аутистов. СПб: Петербург - XXI век, 1997. – 348 с.
18. Иншакова О.Б. Альбом для логопеда. Коррекционная педагогика. М.: ВЛАДОС, 2008. – 280с.
19. Кавасарская И.Б. Психологическая помощь семье с аутичным ребенком // Коррекционная педагогика, специальная психология. - Курск: Изд-во Курск. Гос. Ун-та, 2003. – 271 с.
20. Каган В.Е. Аутизм у детей. - Л.: Медицина, 1981. - 190 с.
21. Kanner, L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*. 1943; 2:217-250. Канер, Л. (1943) 'Нарушения эмоционального взаимодействия при аутизме' Ребенок с нервным расстройством, 2, 217-250.

22. Кэтрин Кволс. Радость воспитания. Как воспитывать детей без наказания. 2008.
23. Лебединская К.С. Ранний детский аутизм. - М.: НИИ дефектологии РАО, 1992. - 186 с.
24. Лебединский В.В. Классификация психического дизонтогенеза. - М.: МГУ. - 2007. - 348 с.
25. Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. - М.: Изд-во МГУ, 1990. - 321 с.
26. Лебединский В. В. Нарушение психического развития у детей. М. 1985
27. Либлинг М.М. Холдинг-терапия как форма психологической помощи семье аутичного ребенка // Дефектология. - 1996. - №3, 56 - 66 с.
28. Лич Д. прикладной анализ поведения. Методики инклюзии учащихся с РАС. – М.: Оперант, 2015.
29. Ломов Б. Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии. М.: Наука, 1984.413 с
30. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2006. -400с.
31. Мамайчук И. И. Помощь психолога детям с аутизмом. — СПб.: Речь. — 288 с. 2007
32. Мастюкова, Е.М. Лечебная педагогика: ранний и дошкольный возраст. Советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии / Е.М. Мастюкова. - М.: ВЛАДОС, 1997. - С.298-300
33. Морозов С.А., Морозова Т.И. Мир за стеклянной стеной // Материнство. - 1998. – № 10 - С. 22-28

34. Морозова С.С. Аутизм: Коррекционная работа при тяжелых и осложненных формах. – М.: Владос, 2010. – 176 с.
35. Мнухина С.С., Исаев Д.Н., Зеленская А.Е. О синдроме, раннего детского аутизма” или синдроме Каннера у детей. М. 1967. 323с.
36. Никольская О.С. Аффективная сфера человека: Взгляд сквозь призму детского аутизма. - М.: Центр лечебной педагогики, 2000. - 112 с.
37. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок: Пути помощи. - М.: Теревинф, 2007. - 336 с.
38. Никольская, О.С. Психологическая помощь ребенку с аутизмом в процессе совместного чтения/ О.С. Никольская // Дефектология. -2007. -№1. С.12-26.
39. Никольская О.С. Особенности психического развития и психологическая коррекция детей, страдающих ранним детским аутизмом: Автореф. канд. дис. - М., 1985.
40. Никольская О.С. Проблемы обучения аутичных детей // Дефектология. - 1995. - № 1. 22. 22.
41. Нуриева Л.Г. Развитие речи у аутичных детей: Методические разработки. – М.: Теревинф, 2003. -160с.
42. Осорина М.В. Секретный мир детей. - СПб: Питер, 1999. - 416 с.
43. Основные этапы и особенности развития игровой деятельности в норме и при аутистических нарушениях // Аутизм и нарушения развития. - 2004. – №3 - 24-37 с.
44. Осипова А.А. Общая психокоррекция. Учебное пособие. М.: СФЕРА, 2002г. – 510с.
45. Пятница Т.В. Речевые нарушения у детей. Скорая логопедическая помощь. – Ростов на Дону: Феникс, 2011. – 336с.

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

47. Роберт Шрам. Детский аутизм и АВА: терапия, основанная на методах прикладного анализа поведения. /пер. с англ. З. Измайловой – Камар; науч. Ред. Анисимова С. – Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2013. – 208с.

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

49. Соловьёва З.А. К вопросу о негативной фразе развития в пубертатном возрасте//Вопрос психоневрологии детей и подростков. Л., 1936. Т. 3. С.43-60

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

51. Сливаковская А.С. Психотерапия: Игра, детство, семья. Часть 2: Психотерапия детского аутизма. - М.: Эксмо-Пресс, Апрель-Пресс, 2000. - 464 с.

52. Стребелева Е.А., Венгер А.Л., Екжанова Е.А. Специальная дошкольная педагогика: Учебное пособие. Под редакцией Стребелева Е.А. – М.: Изд. центр «Академия», 2002. – 312с.

53. Сухарева Г.Е. Шизоидные психопатии в детском возрасте. М. 1925.

54. Стенли Гринспен Серена Уидер. На ты с аутизмом. Теревинф; Москва; 2013

55. Ульянова Р.К. Проблемы коррекционной работы с аутичными детьми. // Педагогический поиск. - 1999 - № 9 – 5-6 с.

56. Улла Кислинг. Сенсорная интеграция в диалоге: понять ребенка, распознать проблему, помочь обрести равновесие / Улла Кислинг;

под ред. Е.В. Ключковой; [пер. с нем. К.А. Шарп]. - М.: Теревинф, 2010. - 240 с.

57. Хаим Гинотт. Родитель – ребенок: мир отношений. 2003.

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

59. Шоплер Э., Ланзинд М., Ватерс Л. Поддержка аутичных и отстающих в развитии детей. Сборник упражнений для специалистов и родителей. - Минск: Издательство БелАПДИ, 1997. – 425с.

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

61. Э. Джин Айрес Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития. С практическими рекомендациями для родителей и специалистов. – М.: Теревинф, 2009. – 272с.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Речевая карта К.С. Лебединской и О.С. Никольской

Карта обследования

ФИО _____

Дата

рождения _____

- Телефон _____
- Посещение ребенком ранее дошкольного учреждения или школы _____

- Посещает ли ребенок в настоящее время другое учреждение?

Какое? _____

- Краткие сведения из анамнеза:
- Особенности раннего развития и лечения _____
- Жалобы:
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
- От какой беременности _____, родов ____
- Характер беременности (токсикоз, падения, травмы, психоз, хронические заболевания, грипп, краснуха, анемия, явления угрожающего выкидыша)
- _____
- Роды (досрочные, срочные, быстрые, стремительные, затяжные, обезвоженные) _____
- Стимуляция (механическая, электрическая, химическая, не было) _____
- Крик (был, не сразу, не был) _____
- Асфиксия (белая, синя) _____
- Вес при рождении _____, длина _____
- Выписалась из роддома на _____ день
- Причина задержки _____
- Раннее психомоторное развитие

- Держит голову (до 3 мес. или после) _____
- Сидит (до 7 мес. или после) _____
- Ходит (до 1 года и 3 мес. или после) _____
- Первые зубы с _____
- Заболевания
- До 1 года (краснуха, корь, коклюш, желтуха, пневмония и др.)

- После 1 года _____
- Инфекции _____
- Ушибы, травмы головы _____
- Судороги при высокой температуре _____
- Какие прививки перенес ребенок? _____
- Была ли задержка развития? _____
- Время возникновения аутизма _____
- Левшество в раннем возрасте _____
- Задержка развития бытовых навыков _____
- Сопротивление в принятии помощи при обучении _____
- Нарушение мышечного тонуса (гипертонус, гипотонус) _____
- Длительность и эффективность применения массажа _____
- Двигательные стереотипии (раскачивание в кроватке, однообразные повороты головы, кружение вокруг своей оси, машущие движения пальцами либо всей кистью) _____
- Отсутствие указательных жестов, движений головой (утверждение, отрицание), жестов приветствия или прощания _____

- Затруднение в подражании движениям взрослого _____
- Обследование импрессивной речи
- I Реакция ребенка на обращенную к нему речь _____
- II Исследование наличия номинативной функции слова. Установить, может ли ребенок узнавать знакомые предметы, изображенные на картинках; знает ли ребенок части своего тела, части лица, названия пальцев; установить, названия каких действий знакомы ребенку;
 - а) на картинке одно и то же лицо совершает разные действия
 - б) понимание действий, выраженных возвратными глаголами (девочка моет куклу - девочка умывается)
 - в) установить, названия каких признаков предметов знакомы ребенку:
 - ПО ВЕЛИЧИНЕ: (большой-маленький, толстый-тонкий, широкий-узкий, высокий-низкий и т.д.) _____
 - ПО ФОРМЕ: _____
 - ПО ЦВЕТУ: _____
 - г) установить, узнает ли ребенок предметы по их назначению (по картинкам с изображением предметов, о которых пойдет речь)
 - III Выяснение понимания грамматических форм слова.
 - а) Различение единственного и множественного числа имен существительных _____
 - б) Различение единственного и множественного числа глаголов _____
 - в) Понимание значения уменьшительно-ласкательных суффиксов _____
 - г) Понимание предлогов, выражающих пространственные взаимоотношения двух предметов _____
 - IV Исследование понимания атрибутивных конструкций _____
 - V Исследование широты обобщений, скрывающейся за значением слова

VI Понимание развернутых грамматических конструкций _____

Обследование экспрессивной речи

I ИССЛЕДОВАНИЕ НОМИНАТИВНОЙ ФУНКЦИИ РЕЧИ

а) Называние предъявленных предметов (на картинках): части тела человека, части лица, предметы одежды, обуви, мебели, названия животных и т. д.

б) Нахождение названий по описанию. Из чего пьют? Чем режут хлеб? и т. д.

в) Нахождение категориальных названий (общее название для группы предметов, обобщающие слова).

II ВЫЯВЛЕНИЕ АКТИВНОГО ГЛАГОЛЬНОГО СЛОВАРЯ

а) Названия действий предметов (по картинкам)

б) Согласование глаголов с существительными (в числе, роде)

III ВЫЯВЛЕНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В РЕЧИ ПРИЛАГАТЕЛЬНЫХ

обозначающих: величину предметов; форму; цвет; вкус; оценку предметов (чистый-грязный, хороший-плохой и т. д.).Согласование прилагательных с существительными. _____

IV ВЫЯВЛЕНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В РЕЧИ ДРУГИХ ЧАСТЕЙ РЕЧИ

(местоимений, наречий, числительных и т.д.) в беседе и по сюжетным картинкам.

Обследование отраженной речи

I Повторение изолированных звуков и слогов

II Повторение близких фонем (типа: ба-па, да-та)

III Исследование способности сохранять серийные ряды звуков.
Повторение серии слогов типа: би-ба-бо, бо-ба, бо-ба-би

IV Выявление способности воспроизводить модели слов с разным количеством слогов с наглядной опорой (трехсложные: лопата, ботинки и т.д., четырехсложные: черепаха, пирамида, надевает и т.д., пятисложные: умывается, одевается и т.д.)

Обследование состояния сенсомоторной сферы

I Наличие сведений о величине предметов (большой-маленький, больше- меньше)_____

II Знание основных цветов (сличение, сопоставление, нахождение заданного цвета в окружающей среде)_____

III Знание основных геометрических форм (круг, треугольник, квадрат)_____

IV Обследование состояния тактильных ощущений (жесткиймягкий, гладкий-шероховатый, тяжелый-легкий, теплыйхолодный)_____

V Состояние общей моторики (походка, осанка, ходит ли на полной ступне, может ли прыгать на обеих ногах, на одной ноге, может ли стоять на одной ноге). Действия по подражанию _____

VI Состояние мелкой моторики (умеет ли застегнуть пуговицы, зашнуровать ботинок, завязать бантик, согласованная работа обеих рук)_____

VII Зрительно-двигательная координация. _____

