

**Е. С. Иванов Л. Н. Демьянчук
Р. В. Демьянчук**

**ДЕТСКИЙ АУТИЗМ:
ДИАГНОСТИКА
И КОРРЕКЦИЯ**

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

Институт специальной педагогики и психологии
Международного университета семьи и ребенка
имени Рауля Валленберга

Е. С. Иванов, Л. Н. Демьянчук, Р. В. Демьянчук

ДЕТСКИЙ АУТИЗМ: ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ
Учебное пособие

Санкт-Петербург
Издательство «Дидактика Плюс»
2004

Печатается по решению Ученого Совета Института специальной педагогики и психологии Международного университета семьи и ребенка имени Рауля Валленберга

Ив 17 Детский аутизм: диагностика и коррекция. Учебное пособие для студентов высших и средних педагогических, психологических и медицинских учебных заведений / Авторы - Е. С. Иванов, Л. Н. Демьянчук, Р. В. Демьянчук. - СПб., Изд-во "Дидактика Плюс", - 2004. 80 с. ISBN 5-89239-038-1

В пособии представлены современные теоретические аспекты аутизма, принципы организации работы с аутичными детьми и возможные варианты рабочей документации.

Учебное пособие рекомендуется для студентов, обучающихся в высших и средних педагогических и медицинских учебных заведениях, а также может быть использовано в работе практических психологов, детских врачей, педагогов, дефектологов, логопедов, а также родителей детей-инвалидов.

© Институт специальной педагогики и психологии МУСиР им. Р. В. Валленберга, 2004

© Е. С. Иванов, Л. Н. Демьянчук, Р. В. Демьянчук, 2004 ISBN 5-89239-038-1 © Издательство "Дидактика Плюс", 2004

СОДЕРЖАНИЕ ВВЕДЕНИЕ	5
Глава 1. ОБЩИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ДЕТСКОМ АУТИЗМЕ	8
1.1. История вопроса. Основные направления развития теории аутизма	8
1.2. Определение и эпидемиология аутизма	15
1.3. Классификации аутизма	15
Контрольные вопросы	16
Практические задания	16
Глава 2. ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ	17
Контрольные вопросы	23
Практические задания	23
Глава 3. ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ РАЗВИТИЯ АУТИЧНОГО РЕБЕНКА	24
Контрольные вопросы	28
Практические задания	28
Глава 4. ПРИНЦИПАЛЬНАЯ СХЕМА ОРГАНИЗАЦИИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В СИСТЕМЕ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ РАЗВИТИЯ АУТИЧНОГО РЕБЕНКА	29
Контрольные вопросы	32
Практические задания	32
Глава 5. СОВРЕМЕННЫЕ КОРРЕКЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РАБОТЕ С АУТИЧНЫМИ ДЕТЬМИ	33
Контрольные вопросы	45
Практические задания	46
ПРИЛОЖЕНИЯ	47
Диагностическая карта аутичного ребенка (по К. С. Лебединской, О. С. Никольской)	47
Схема обследования аутичного ребенка (по Е.С.Иванову)	64
Индивидуальная карта сопровождения	73
Программа индивидуальной коррекционно-оздоровительной работы с ребенком на 200.../200... уч.г	74
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	75

ВВЕДЕНИЕ

Среди многочисленных форм нарушений развития проблема аутизма является одной из актуальных. Ранний детский аутизм обнаруживается в 4—5 случаях на 10 000 детей (или в 0,04-0,05 %) в возрасте от 12 до 15 лет. Если учесть прочие аутистичеекие синдромы, уровень повысится и составит 20 на 10 000. В действительности количество аутичных детей больше, так как стертые формы аутизма, деформирующие личность и представляющие серьезную социальную и психолого-педагогическую проблему, остаются неучтенными официальной статистикой.

Несмотря на определенный эффект медикаментозной, диетической и других видов терапии, практикуемых специалистами различного профиля, ведущим принципом работы с аутичными людьми остается психолого-педагогический. Однако, существующее большое количество методических подходов к реализации этого принципа свидетельствует о необходимости вариативной многоаспектной организации реабилитационного процесса. В ходе экспериментальной работы нами получены данные, подтверждающие эффективность такой организации в условиях интегрированного обучения и воспитания.

Предлагаемые методические рекомендации обобщают шестилетний опыт работы с аутичными детьми сотрудников Государственного образовательного учреждения начальной школы-детского сада № 687 компенсирующего вида «Центр реабилитации ребенка» (Санкт-Петербург). Нами предпринята попытка не создать традиционное учебное пособие, а раскрыть наше видение возможностей такой работы в условиях отечественного специального (коррекци-онного) образовательного учреждения.

Основная идея: эффективное обучение, воспитание и социальная адаптация детей с аутизмом достигается посредством индивидуального психолого-педагогического медико-социального сопровождения на основе вариативности методических подходов и учебных программ, реализуемых преемственно и последовательно на протяжении дошкольного и школьного возраста в условиях интегрированных групп (классов) при соучастии родителей в реабилитационном процессе.

Аутизм как первазивное (общее) расстройство психологического развития (Международная классификация болезней 10 пересмотра: МКБ-10, 1992) представляет собой сложную многокомпонентную проблему для специалистов разного профиля: психологов, педагогов, врачей, генетиков, биохимиков, социальных работников. Несмотря на то, что однозначной трактовки этиологии и патогенеза этого расстройства нет, в клинко-психологической структуре нарушений при аутизме можно выделить ряд ядерных составляющих, учет которых крайне необходим при организации учебно-воспитательной и коррекционной работы:

- нарушение общения;
- нарушение социального и эмоционального взаимодействия;
- нарушение воображения;
- нарушение поведения;
- нарушение речи;
- нарушение когнитивных процессов.

При этом вне зависимости от уровня умственного развития ребенка с аутизмом, отчетливо наблюдается неравномерный психолого-педагогический профиль.

Указанное позволяет выделить в качестве основных следующие направления работы с аутичными детьми:

1. Интегрированное обучение и воспитание, реализуемое в формах разных моделей: частичной и временной интеграции (на этапах диагностики и адаптации), полной интеграции (на этапе коррекции) и др.
2. Индивидуально-ориентированный подход к обучению, воспитанию и коррекции, предусматривающий возможности коммуникативных и когнитивных особенностей конкретного ребенка в составлении образовательных маршрутов и коррекционных программ.
3. Использование методов эмоционально-образного воздействия. Основным методом нами избрана эстетопсихотерапия, включающая элементы креативной, музыкальной, танцевальной и театральной психокоррекции с использованием приемов поведенческой терапии.
4. Вовлечение родителей в реабилитационный процесс.
5. Использование средств медицинского сопровождения (строго по показаниям): медикаментозных препаратов, физиотерапии, фитотерапии и др.

В контексте этих направлений проделана следующая работа:

- открыты дошкольные группы и экспериментальный класс интегрированного обучения и воспитания для детей с аутизмом;
- разработано индивидуальное штатное расписание, позволяющее оптимально организовать многоаспектную работу с аутичными детьми;
- разработана и адаптирована текущая документация для учителей, воспитателей, психологов, логопедов и врачей;
- разработан алгоритм работы с аутичными детьми, предусматривающий выделение ряда обязательных

этапов (диагностического, адаптационного, коррекционного);

- разработаны индивидуальные образовательные маршруты, позволяющие эффективно использовать актуальные возможности ребенка: когнитивные, коммуникативные и поведенческие;
- разработаны комплексные дидактические игры с методическим сопровождением;
- внедрены и разрабатываются методы эстетопсихотерапии. Вниманию читателя предлагаются современные теоретические

аспекты аутизма, принципы организации работы с аутичными детьми и возможные варианты рабочей документации. Методические рекомендации являются частью учебного курса для повышения квалификации педагогов и руководителей образования по направлению «Психолого-медико-педагогическая коррекция детей с социально-эмоциональными расстройствами».

Глава 1. ОБЩИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ДЕТСКОМ АУТИЗМЕ

1.1. История вопроса. Основные направления развития теории аутизма

В становлении теории аутизма можно выделить несколько основных этапов (В.М.Башина, 1993).

1. Донозологический - конец XIX- начало XX в. - характеризуется отдельными упоминаниями о детях со стремлением к уходам и одиночеству.

Считается, что первым специалистом, обратившим серьезное внимание на очень маленьких детей с тяжелыми психическими расстройствами, включающими выраженные отклонения, задержку и расстройство процесса развития, был психиатр Н. Maudsley (1867), рассматривающий такие расстройства как «психозы».

2. Доканнеровский - 20-40-е годы XXвека - постановка вопросов о возможности выявления у детей так называемой шизоидии.

Е. Krepelin в ряду психопатий выделял группу пациентов со странностями в поведении и мышлении.

Е. Bleuler (1920) вводит термин «аутизм» (от греческого «autos» - сам) для психопатологического феномена «оторванности ассоциаций от данных опыта, игнорирования действительных отношений», считая его одним из симптомов шизофрении, но допуская, что состояния, похожие на аутизм, могут наблюдаться не только при патологии шизофренического круга. В работах Е. Bleuler (а затем и L. Kanner) речь шла о замкнутых детях, хотя более поздние исследования, проведенные для выделения социальных признаков аутизма, показали, что название не совсем адекватно отражает суть проблемы, так как многих аутичных детей можно охарактеризовать как «активных, но странных», но никак не замкнутых.

В 1931 году В.П.Осипов определял аутизм как «разобщенность больных с внешним миром», а В.А.Гиляровский (1938) писал об аутизме как о «своеобразном нарушении сознания своего «Я» и всей личности с нарушением нормальных установок к окружающему», подчеркивая также замкнутость и отчужденность от всего отстального.

3. Каннеровский - с 1943 по 70-е годы XXвека - появление работ по теории аутизма, изучение клинко-психологических вариантов аутистического расстройства.

L. Kanner в работе «Аутистические расстройства аффективного общения» дал отчетливое описание синдрома «инфантильного аутизма» (1943), наблюдающегося в раннем детском возрасте. Он описал детей, обнаруживающих «крайне аутистическое одиночество», неспособность настраиваться на адекватное поведение и задержку или отклонение развития языка с эхолоалией и неправильным употреблением местоимений, монотонное повторение шума или слов, отличную механическую память, ограниченный диапазон спонтанной активности, стереотипии, «тревожное навязчивое желание поддерживать все в неизменном виде», «страх перед изменением и незаконченностью» и патологические отношения с другими людьми, а также предпочтение общению с картинками и неодушевленными объектами.

L. Kanner предположил, что этот синдром более часто встречается у детей, чем это предполагалось ранее, и что его ошибочно рассматривали как умственную отсталость или детскую шизофрению. Им были разработаны пять основных критериев:

- 1) глубокое нарушение контакта с другими людьми;
- 2) навязчивое стремление к повторяющимся, однообразным формам активности;
- 3) поглощенность вращающимися или вращаемыми объектами,
- 4) мутизм или не направленная на межличностную коммуникацию речь;
- 5) высокий когнитивный потенциал.

В 1956 г., имея в распоряжении уже более обширные наблюдения, L. Kanner обозначил пункты 1 и 2 как главные, а от пунктов 4 и 5 как основных отказался.

В ранних работах было показано, что дети с аутизмом чаще встречаются в более высоких социально-экономических слоях общества; однако, по-видимому, эти исследования явились результатом сильного влияния неверных сопоставлений, т.к. со временем данные не подтвердились.

В дальнейшем аутизм рассматривается:

- как особое конституциональное состояние (Римланд, 1964, Башина, 1974);
 - как шизофреническое постприступное состояние (Вроно, Башина, 1975);
 - как органическая патология (ван Кревелен, 1952, Мнухин, 1967);
 - как нарушение адаптационных механизмов незрелой личности (Ниссен, 1971);
 - как состояние при синдроме фрагильной X-хромосомы, при фенилпировиноградной олигофрении и пр.
4. *Постканнеровский - с 80-х годов XXвека - отход от классических позиций Каннера, рассмотрение аутизма как группы неспецифических синдромов разного происхождения, среди которых можно выделить типичный и атипичный аутизм.*

Основные тенденции в научно-практическом изучении аутистического расстройства могут быть сведены к следующим: **Поиск психодинамических и семейных причин**

В своем самом раннем сообщении L.Kanner отмечал, что среди родителей аутичных детей очень редко встречались «истинно добросердечные» люди и что в большинстве случаев преобладали в семьях лица со склонностью к интеллектуальному абстрагированию, которые проявляли мало интереса к своим детям. Эти данные, однако, не подтвердились в течение последующих 40 лет. Другие теории, постулирующие родительское отвержение детей или подкрепление аутизма у детей со стороны родителей, также не внесли существенного вклада, так как не набрали достаточного количества фактов. Последние исследования, сравнивающие родителей аутичных детей с родителями детей нормально развивающихся, не обнаружили значительных различий в заботе и воспитании. Недостаточно убедительными являются и положения о том, что есть определенные типы девиантных семей или психодинамические констелляции факторов, приводящих к развитию аутистического расстройства (Г. Каплан, Б. Сэдок, 1994).

Психогенные факторы могут играть роль пусковых, провоцирующих манифестацию аутизма, а также играть роль в формировании третичных (эмоциональных и личностных) расстройств, связанных с переживаниями по поводу своей «неполноценности», особенно в случаях вторичной аутизации при сенсорных нарушениях.

Изучение органических нарушений

По результатам эпидемиологического исследования С. Gillberg (1990), аутизм в 95% случаев связан с наследственными заболеваниями и нейрофизиологическими нарушениями.

Установлено, что аутичные дети имеют значительно больше врожденных заболеваний, чем другие сиблинги или контрольные группы здоровых детей, при этом известно, что значительную роль играют осложнения во время первого триместра беременности. 4-32 % из них впоследствии страдают эпилептическими припадками и 20-25 % имеют увеличенные желудочки мозга, определяемые при компьютерной томографии. Различная патология на электроэнцефалограммах - у 10-83 % аутичных детей, и хотя специфические для этой патологии нарушения отсутствуют, имеются некоторые данные, указывающие на отсутствие полушарной латерализации.

Большое внимание изучению органических форм аутизма уделялось и в отечественной науке, в частности, специалистами ленинградской школы детской психиатрии С.С.Мнухина. Так, Исаев Д.Н., Каган В.Е. (1997) приводят данные о наличии дислокации желудочков головного мозга, признаков сообщающейся водянки, патологии области III желудочка, подкорковой и лобно-теменной атрофии у детей с органическим аутизмом. У некоторых людей с аутизмом отклонения наблюдаются в стволовой части мозга, а также в мозжечке, причем многие считают, что уже самая первая интеграция восприятий происходит с нарушениями. Другие считают, что некоторые из основных признаков аутизма объясняются расстройствами лимбической системы. У млекопитающих, например, лимбическая система отвечает за раннее формирование эмоциональной привязанности, раннее развитие игры и стремление к коммуникации (три функции, в которых обнаруживаются отклонения при аутизме).

Другие исследования показывают, что признаки органической патологии не являются специфическими для аутизма, так как такие же нарушения имеются при других формах отклонений в развитии.

Изучение генетических аспектов

Примерно 2% сиблингов аутистов поражено инфантильным аутизмом - уровень, в 50 раз превышающий характерный для нормальной популяции. Уровень конкордантности для страдающих аутизмом и монозиготных пар составляет 35%, тогда как конкордантность для дизиготных пар равна нулю. Клинические сообщения и исследования указывают, что неаутичные члены этих семей разделяют многие аспекты других когнитивных нарушений с аутичными лицами, но они выражены не в такой тяжелой форме (Г. Каплан, Б.

Сэдок, 1994).

Получены данные, указывающие на возможность связи развития аутизма с нарушениями HRAS-гена 11 пары хромосом, контролирующего образование RAS-протеина, который участвует в становлении механизмов нейротрансмиссии, развитии цитоархитектоники головного мозга. Указанное вызывает и нарушение связанного с RAS-протеином так называемого «фактора роста нервов» (NGF-белка), играющего роль в становлении сенсорных систем, развитии холинергических систем передних отделов мозга.

Дальнейшие генетические исследования показали возможность связи аутизма с геном короткого плеча 15 хромосомы, участвующего в транспорте серотонина, высокий уровень которого может играть роль в развитии аутизма, что получило клиническое подтверждение (улучшение состояния аутичных детей при лечении препаратами, снижающими уровень серотонина).

Некоторые данные, касающиеся биохимических сдвигов при аутизме, получены и группой московских ученых (С.А.Морозов и соавт., 1999), отметивших связь степени выраженности агрессивных проявлений и аффективной возбудимости при РДА с уровнем секреции дофамина, серотонина и норадреналина.

Этиопатогенетическая модель аутизма, базирующаяся на теории избытка опиоидов Эта оригинальная идея впервые высказана Ranksepp (1979) и развита Reihelt, Shattock (1991). Избыток опиоидов, вызванный либо повышенной проницаемостью кишечной стенки или гематоэнцефалического барьера, либо неполным расщеплением некоторых пищевых веществ, в частности, глютена пшеницы и некоторых других злаков, а также казеина (содержащегося в молоке и молочных

продуктах), может приводить к различным нарушениям функций ЦНС. В частности, когнитивных, эмоциональных, поведенческих, высших корковых функций. Согласно данным авторов, отмечается положительный эффект специальной диетотерапии, исключающей из рациона аутичных детей продукты, которые могут вызывать изменение уровня опиоидной активности.

Аутизм как эмоционально-волевое расстройство

Изучение аутистического расстройства отечественными специалистами в рамках теории аутизма как эмоционально-волевой патологии восходит к известному положению Л.С.Выготского о первичных и вторичных нарушениях развития. В.В.Лебединский, К.С.Лебединская, О.С.Никольская при аутизме к *первичным* расстройствам относят сенсоаффективную гиперестезию и слабость энергетического потенциала; к *вторичным* - сам аутизм, как уход от окружающего мира, ранящего интенсивностью своих раздражителей, а также стереотипии, сверценные интересы, фантазии, рас-торможенность влечений - как псевдокомпенсаторные ауто стимуляторные образования, возникающие в условиях самоизоляции, восполняющие дефицит ощущений и впечатлений извне, но этим закрепляющие аутистический барьер.

Когнитивные теории

В.Hermelin и N.O'Connor предположили, что при аутизме речь идет прежде всего о проблеме осознания значения, а именно в процессе восприятия аутичному человеку весьма трудно отличить значительное от второстепенного. Эта теоретическая концепция наряду с представлением о развитии аутизма как значительном преобладании правополушарного синтезирующего перцептивного анализа при выраженной недостаточности концептуального лево-полушарного (в т.ч., контекстуального, выполняющего функцию анализа значений), сейчас играет определенную роль в выборе оказываемой помощи. Вместо того, чтобы воздействовать в первую очередь на эмоциональное расстройство, согласно другим представлениям блокирующее развитие мышления, ориентирующиеся на когнитивные теории аутизма специалисты рекомендуют обратить внимание на само нарушение мышления, на трудности, обнаруживаемые в анализе значения.

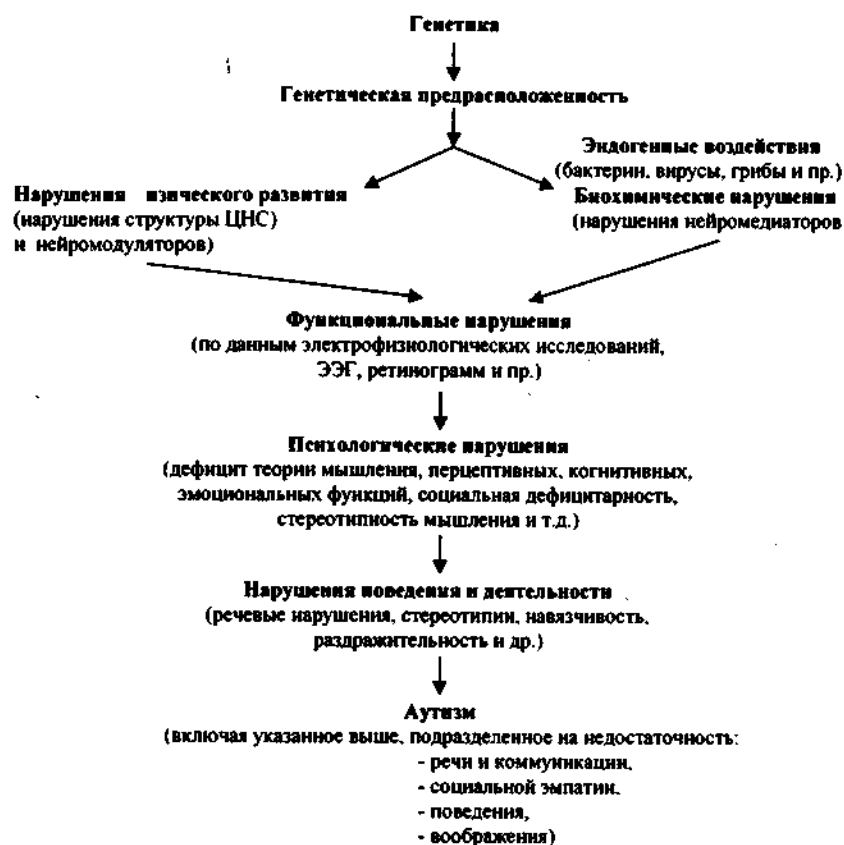


Рис. 1. Схема патогенеза аутизма (по Shattok, Savery)

Следует отметить, что все рассмотренные, наиболее известные, концепции аутизма имеют в той или иной степени научное подтверждение и свои определенные границы применимости (в рамках той или иной психолого-педагогической технологии). В связи с тем, что в основе различных аутистических расстройств лежат разные патогенетические механизмы, в настоящее время часто применяется термин «синдромы аутизма».

Однако предпринимаются попытки разработать интегральную этиопатогенетическую модель развития аутизма (см. рис. 1). Возможно, реализацией наследственной предрасположенности через различные внешние факторы можно объяснить и многообразие аутистических синдромов.

1.2. Определение и эпидемиология аутизма

Согласно Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) аутизм как нарушение развития относится к пер-вазивным (общим) расстройствам - группе, характеризующейся качественными аномалиями в социальном взаимодействии и общении с ограниченным, стереотипным, повторяющимся набором интересов и деятельности. Обычно, но не постоянно для них характерна некоторая степень нарушения когнитивной деятельности, но расстройства определяются по поведению, отклоняющемуся по отношению к умственному возрасту (независимо от наличия или отсутствия умственной отсталости).

Частота встречаемости аутизма - 4-5 случаев на 10 000 детей (или в 0,04-0,05 %) в возрасте от 12 до 15 лет. Согласно данным Т.Питерса (1999) распространенность аутистических расстройств достигает 20 на 10 000 детей. В действительности количество аутичных детей больше, так как стертые формы аутизма, деформирующие личность и представляющие серьезную психолого-педагогическую проблему, остаются неучтенными. Кроме того, нет известных данных о распространенности аутизма среди взрослых.

В большинстве случаев признаки аутизма можно видеть ранее 36 месяцев, но далеко не всегда они замечаются родителями. В литературе отмечено, что аутизм встречается в 3-5 раз чаще у мальчиков, чем у девочек, но у девочек имеется более тяжелое течение.

1.3. Классификации аутизма

Согласно МКБ-10, аутистические синдромы включены в подраздел «Первазивные (общие) расстройства развития» раздела «Нарушения психологического развития» и классифицируются

следующим образом:

F 84.0 Детский аутизм F 84.1 Атипичный аутизм F 84.2 Синдром Ретта

F 84.3 Другое дезинтегративное расстройство детского возраста F 84.4 Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями F 84.5 Синдром Аспергера F 84.8 Другие общие расстройства развития

В России широко распространена классификация аутизма, разработанная с учетом этиопатогенетических аспектов (1987):

1. Разновидности:

- 1.1. Синдром раннего инфантильного аутизма Каннера (классический вариант).
- 1.2. Аутистическая психопатия Аспергера.
- 1.3. Эндогенный, постприступный (вследствие приступов шизофрении) аутизм.
- 1.4. Резидуально-органический вариант аутизма.
- 1.5. Аутизм при хромосомных aberrациях.
- 1.6. Аутизм при синдроме Ретта. 1-7. Аутизм неясного генеза.

2. Этиология:

- 2.1. Эндогенно-наследственная (конституциональная, процессуальная, шизоидная, шизофреническая).
- 2.2. Экзогенно-органическая.
- 2.3. В связи с хромосомными aberrациями.
- 2.4. Психогенная.
- 2.5. Неясная.

3. Патогенез:

- 3.1. Наследственно-конституциональный дизонтогенез.
- 3.2. Наследственно-процессуальный дизонтогенез.
- 3.3. Приобретенно-постнатальный дизонтогенез.

Контрольные вопросы

1. Основные исторические этапы становления теории аутизма.
2. Современные теории этиологии и патогенеза аутизма.
3. Сферы приложения психодинамической теории аутистических расстройств.
4. Значение разработки когнитивных теорий аутизма для практической деятельности.
5. Этиопатогенетический полиморфизм синдромов аутизма как проблема организации деятельности в специальном (коррекционном) образовательном учреждении.
6. Классификации аутизма.

Практические задания.

1. Обоснуйте необходимость участия специалистов разного профиля в обеспечении обучения, воспитания и коррекции детей с аутизмом.
2. Проанализируйте организационную схему конкретного образовательного учреждения с точки зрения возможной эффективности работы с аутичными детьми.

Глава 2. ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ

Клинико-психологическая картина аутистических расстройств может принимать разные формы - от неговорящего дезадаптированного ребенка с низким уровнем интеллекта до избирательно одаренного с интересами к отвлеченным областям знаний и «взрослой» речью. Однако, все аутичные дети нуждаются в психолого-медико-педагогической поддержке, а знание особенностей проявления аутизма может позволить адекватно выбрать вариант ее использования. В предлагаемых теоретико-методических рекомендациях нами рассматриваются преимущественно проявления аутизма как нарушения психологического развития.

Первазивность этого нарушения предполагает изменения во всех психических сферах - перцептивной, интеллектуальной, речевой, эмоциональной, волевой, поведенческой... Эти изменения будут наблюдаться в той или иной степени выраженности в любой возрастной группе страдающих аутизмом, хотя их выраженность может уменьшаться со временем. Но аутичный ребенок, подросток, взрослый всегда будет испытывать трудности в межлическом общении и социальной адаптации, у него будет отсутствовать или трудно формироваться чувство эмпатии и синхронности в эмоциональных переживаниях с людьми (особенно со сверстниками).

Дети с аутизмом качественно иначе воспринимают все окружающее, испытывают невероятные трудности при необходимости взаимодействия с другими людьми. Они живут в особом мире, в котором все неизменно и который закрыт от всех. Все, что за пределами этого мира, вызывает у них непреодолимый страх и отвержение. Всякая попытка проникновения в этот мир вызывает сопротивление, а иногда и тяжелую декомпенсацию. Всегда имеет-ся грубое искажение в формировании вербальных и невербальных форм общения.

У некоторых из них, даже если имеется сочетание с умственной отсталостью, может быть своеобразная (чаще односторонняя) одаренность, например к музыке, технике, математике, рисованию и др. Часть из них самостоятельно обучается чтению (при этом не всегда понимая прочитанное). Их социальная дезадаптация качественно иная, чем у детей с умственной отсталостью. Такой ребенок может иногда решать на абстрактном уровне сложные задачи, но будет беспомощным в социальном отношении (в таких случаях иногда используется термин «социальная инвалидность»). Многие тяжело переживают свою непохожесть на других и по механизмам психологической защиты у них возникает ряд психопатологических феноменов (стереотипии, аутоагрессия, агрессия, ритуальные действия и др.), которые помогают преодолеть барьер отгороженности от людей и вступить в какое-то общение. Но появление новых психопатологических феноменов часто сопровождается утяжелением социальной дезадаптации (в особенности, если окружающие не понимают их происхождение) и создает дополнительные трудности при работе с детьми. Ряд из этих феноменов может иметь также аутостимуляторное происхождение. Так, например, стереотипии (однообразные повторяющиеся действия) помогают ребенку повысить уровень своей активности, компенсируют недостаток стимуляции извне. Однако, их патологический характер отличают постоянство, странность движений, эмоциональное напряжение, что может также усложнять выработку навыков социально адаптированного поведения.

Первые признаки аутизма имеются уже в младенческом возрасте (за исключением атипичных форм). В дальнейшем, по мере увеличения возраста, психические функции оказываются необычными, искаженными, придающими «загадочность». Уже в первые месяцы после рождения у ребенка часто имеется пониженный психический и мышечный тонус. Он необычайно спокойный, вялый и безучастный к окружающему, плохо дифференцирует (или не дифференцирует) мать от окружающих, не тянется на руки, не улыбается, а если иногда появляется улыбка, то она без адреса, обращена в неведомое, у него отсутствует или слабо выражена эмоциональная синтонность с матерью и окружающими. Взгляд ребенка обращен в пространство, он не реагирует или недостаточно реагирует на звук человеческого голоса. У родителей поэтому часто возникают подозрения в нарушении слуха и зрения. Хотя нередко такие дети прислушиваются к шуршанию бумаги, тиканию часов или присматриваются к солнечному зайчику, ползущему по стене, некоторые из них при этом испытывают страх.

Формирование речи у аутичных детей имеет ряд особенностей. Часто у таких детей отсутствуют этапы гуления и лепета, а если и есть гуление, то оно механическое, лишенное интонационного компонента. Нередко речь у ребенка появляется задолго до начала ходьбы или после появления первых слов у ребенка развивается мутизм, сохраняющийся на месяцы и годы. Появившиеся первые слова не имеют адресного содержания и не служат средством общения, произносятся спонтанно, без учета ситуации и производят впечатление «игры словами». Иногда произношение отдельных слов приобретает ритуальный характер, облегчающий выполнение того или иного действия. Часто в речи встречаются неологизмы и нарушена содержательная сторона слов. Почти у всех аутичных детей имеется неправильное использование местоимений, особенно «Я». Речь часто толчкообразная, скандированная, императивная, интонационный компонент речи не отражает эмоционального состояния ребенка и среды, в которой он находится.

Такие дети внешне как будто совершенно индифферентны к речи взрослых и речь взрослых далеко не всегда может регулировать их поведения. Но наряду с этим они часто спонтанно, без учета ситуации, сразу или через какое-то время воспроизводят услышанное, даже с сохранением интонационного компонента речи (непосредственные или отставленные эхололии). В речи ребенка много стереотипии, словесных штампов «взрослых» слов. Эти дети могут иметь большой словарь, они нередко произносят пространственные монологи, но испытывают громадные трудности при обычной беседе. Отдельные слова, которыми ребенок уже пользовался, могут исчезать из его словаря на длительное время и потом вновь появляться.

У этих детей страдает общая и тонкая моторика, у них часто имеется мышечная гипотония и поэтому неправильная осанка. Многие из них начинают ходить на цыпочках, такая походка сохраняется длительное время, потом исчезает и возвращается вновь.

Двигательные стереотипии, стереотипии в поведении и речи, в игровой деятельности, стремление к

сохранению стабильности окружающей среды, приступы гнева, явления моторной гиперактивности свойственны всем детям с аутизмом.

Игровая деятельность заслуживает особого внимания. Вряд ли можно представить ребенка вне игры. Играет и аутичный ребенок. Но его игра не соответствует возрасту, она однообразна, имеет чаще всего манипулятивный характер, часто играет не игровыми предметами (гвоздиками, веревочками, пуговицами и др.), стереотипно повторяя одну и ту же манипуляцию. Если случайно в такой игре оказывается другой ребенок, то он тоже превращает его, на какое-то время, в неодушевленный предмет манипулирования (например, механически посыпает его голову песком). Игра не сопровождается соответствующим пантомимическим аккомпанементом, лицо ребенка остается бесстрастным. В такой игре есть действия, но вряд ли ее можно назвать деятельностью. При диагностике синдромов аутизма необходимо отграничивать аутистические состояния как проявления нарушения развития от аутистических проявлений в клинической картине той или иной болезни (или другого нарушения развития). Особенно трудными для дифференциальной диагностики могут быть детская шизофрения и ранний детский аутизм, умственная отсталость и аутизм. В картине психолого-медико-педагогических проявлений аутизма можно выделить ядерные симптомы, которые почти всегда обнаруживаются, но должны быть рассматриваемы в ключе возрастной эволюции (Е.С.Иванов):

- 1) первые признаки сразу после рождения;
- 2) отсутствие потребности в общении и отсутствие целенаправленного поведения;
- 3) стремление к сохранению стабильности окружающей среды;
- 4) своеобразные страхи;
- 5) своеобразие моторики;
- 6) симптомы нарушения этапности и иерархии психического и физического развития;
- 7) своеобразие речи и ее формирования;
- 8) своеобразное сочетание низших и высших эмоций;
- 9) интеллектуальная неравномерность;
- 10) стереотипии в поведении, моторике, речи, игре;
- 11) нарушение формулы сна;
- 12) недостаточность или отсутствие реакции на дистантные раздражители;
- 13) нарушение дифференцировки одушевленных и неодушевленных предметов;
- 14) способность к относительной компенсации в сфере быта при наличии постороннего помощника;
- 15) возможность регресса психических функций при отсутствии, правильного психотерапевтического подхода или позднего начала коррекции.

Диагностические ориентиры типичного аутизма Предшествующего периода несомненно нормального развития ребенка с аутизмом обычно нет, но если таковое и имеет место, то отклонение выявляется в возрасте до 3 лет, что наиболее характерно для синдрома раннего детского аутизма. Всегда отмечаются качественные нарушения социального взаимодействия, выступающие в форме неадекватной оценки социо-эмоциональных сигналов, что заметно по отсутствию реакций на эмоции других людей и/или отсутствию модуляции поведения в соответствии с социальной ситуацией; плохо используются социальные сигналы и незначительна интеграция социального, эмоционального и коммуникативного поведения; особенно характерно отсутствие социо-эмоциональной взаимности. Это проявляется в форме отсутствия социального использования имеющихся речевых навыков; нарушений в ролевых и социально-имитационных играх; недостаточности взаимности в общении; недостаточной гибкости речевого выражения и относительного отсутствия творчества и фантазии в мышлении; отсутствия эмоциональной реакции на вербальные и невербальные попытки других людей вступить в беседу; нарушенного использования тональностей и выразительности голоса для модуляции общения; такого же отсутствия сопровождающей жестикуляции, имеющей усилительное или вспомогательное значение при разговорной коммуникации.

Это состояние характеризуется также ограниченными, повторяющимися и стереотипными поведением, интересами и активностью, что проявляется тенденцией устанавливать жесткий и раз и навсегда заведенный порядок во многих аспектах повседневной

жизни. Обычно это относится к новым видам деятельности, а также к старым привычкам и игровой активности. Может наблюдаться особая привязанность к необычным, чаще жестким предметам, что наиболее характерно для раннего детского возраста. Дети могут настаивать на особом порядке выполнения ритуалов нефункционального характера; может иметь место стереотипная озабоченность датами, маршрутами или расписаниями; частыми являются моторные стереотипии. Характерно проявление особого интереса к нефункциональным элементам предметов, например, запаху или осязательным качествам поверхности; ребенок может противиться изменениям заведенного порядка или расположения деталей его окружения (таких, как украшение и меблировка дома).

Помимо этих специфических диагностических признаков дети с аутизмом часто обнаруживают ряд других неспецифических проблем: страхи (фобии), нарушения сна или приема пищи, вспышки гнева и агрессивность. Достаточно часты самоповреждения (например, в результате кусания рук), особенно при сопутствующей умственной отсталости. Большинству детей с аутизмом не хватает спонтанности, инициативности и творчества в организации досуга, а при принятии решений им трудно использовать общие понятия (даже когда выполнение задач вполне соответствует их способностям). Для постановки диагноза аутистического расстройства важно установить, что отклонения в развитии у ребенка были в первые три года жизни, но сам синдром может диагностироваться во всех возрастных группах. При аутизме могут быть любые уровни умственного развития, но у большинства страдающих аутизмом отмечается умственная отсталость.

Диагностические ориентиры атипичного аутизма

Атипичный аутизм отличается от типичного либо возрастом начала, либо отсутствием одного из трех основных диагностических критериев. Так, тот или иной признак нарушенного развития впервые проявляется только в возрасте после трех лет; и/или здесь отсутствуют достаточно отчетливые нарушения в одной или двух из трех психопатологических сфер, необходимые для диагноза аутизма (а именно, нарушения социального взаимодействия, общения и ограниченное, стереотипное, повторяющееся поведение) вопреки характерным особенностям в другой сфере.

Атипичный аутизм

наиболее часто возникает у детей с глубокой умственной отсталостью, у которых очень низкий уровень функционирования обеспечивает небольшой простор для проявления специфического отклоняющегося поведения, требуемого для диагноза аутизма; он также встречается у лиц с тяжелым специфическим расстройством рецептивной речи.

Характерные для аутизма проявления меняются по мере роста ребенка, но сохраняются на протяжении зрелого возраста, проявляясь во многом сходным типом проблем социализации, общения и интересов.

Контрольные вопросы

1. Ранние проявления аутистического расстройства.
2. Основные особенности развития и проявлений форм общения при аутизме.
3. Особенности социального взаимодействия у аутичных детей.

Практические задания

1. Проанализируйте возможные варианты организации обучения, воспитания и коррекции аутичных детей в образовательном учреждении с учетом их психолого-медико-педагогических особенностей.
2. Разработайте варианты динамических алгоритмов диагностической работы с аутичными детьми в соответствии с педагогической, психологической, медицинской специализацией.

Глава 3. ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ РАЗВИТИЯ АУТИЧНОГО РЕБЕНКА

Психолого-педагогическое медико-социальное сопровождение - система профессиональной деятельности специалистов, направленной на создание социально-психологических условий для успешного обучения и развития каждого ребенка независимо от уровня его способностей и жизненного опыта, в конкретной социальной среде.

В качестве основных этапов процесса сопровождения выступают следующие (Л. М. Шипицина и др., 2003).

Диагностический этап, ориентированный на всестороннее изучение психолого-медико-педагогических особенностей конкретного ребенка с установлением ведущих этиологических факторов и патогенетических механизмов.

Поисковый этап, связанный с разработкой стратегии и тактики работы с воспитанником (обучающимся), выбором образовательной, воспитательной и коррекционной (в т.ч. лечебной - строго по показаниям) технологии. Одним из подэтапов является консультативно-проективный, в процессе которого специалисты сопровождения обсуждают со всеми заинтересованными лицами (и прежде всего с родителями /законными представителями/ ребенка) возможные варианты решения проблемы, позитивные и негативные стороны разных решений, строят прогнозы эффективности использования той или иной методики. Логическим завершением этого этапа является распределение обязанностей по реализации избранных планов, определение последовательности действий, уточнение сроков исполнения тех или иных организационных действий.

Деятельностный этап. Включает единовременно скоординированную деятельность специалистов разного профиля согласно избранной стратегии работы с ребенком.

Рефлексивный этап - период осмысления получаемых результатов, позволяющий уточнить и оптимизировать содержание деятельности основываясь на данных динамической диагностики.

Организация работы с аутичными детьми требует акцента на некоторых значимых факторах, во многом определяющих эффективность сопровождения, среди которых можно выделить несколько основных.

1. Необходимость дополнительных усилий по адаптации ребенка в непривычных условиях.
2. Устранение, с учетом возможностей ребенка, всех форм изоляции и гибкая система интеграции в воспитательной и учебной работе.
3. Помощь, реализуемая в жизни ребенка через все виды его деятельности.
4. Четкое взаимодействие всех специалистов учреждения на всех этапах сопровождения с особым учетом рекомендаций врачей и психологов.
5. Адекватное (соответствующее индивидуальным возможностям ребенка) сочетание образовательной, коррекционной и лечебной деятельности.
6. Разработка разноуровневых учебных программ с обеспечением возможности гибкого перевода с одного варианта обучения на другой в зависимости от данных динамической диагностики.
7. Включение родителей в деятельность учреждения в качестве соучастников реабилитационного процесса.
8. Поддержание благоприятного психологического климата в учреждении.

Независимо от организационной формы психолого-педагогического медико-социального (ППМС) сопровождения, действующей в образовательном учреждении (консилиум, служба, центр) основные направления организационно-методического обеспечения образовательной и коррекционной работы с аутичными детьми следующие:

- разработка и уточнение индивидуального образовательного маршрута для каждого ребенка (включает в себя определение образовательных программ и организацию их по темам во временных интервалах, доступных ребенку с учетом его реальных возможностей);
- разработка, уточнение с учетом данных динамического обследования и реализация схем и программ сопровождения;
- гигиеническое нормирование нагрузок;
- обеспечение преемственности и последовательности в работе с ребенком;
- организация и проведение психолого-медико-педагогических консилиумов.

Основные области деятельности специалистов сопровождения: 1. *Учитель-дефектолог*: педагогическая диагностика, разработка и уточнение индивидуальных образовательных маршрутов, обеспечение индивидуальных, подгрупповых и групповых занятий с детьми в соответствии с избранными программами.

2. *Педагог-психолог*: психологическая диагностика, психологическое консультирование, разработка и оформление рекомендаций другим специалистам по организации работы с ребенком с учетом данных психодиагностики (в соответствии с уровнем квалификации целесообразно использование тренинговых, психокоррекционных и психотерапевтических форм работы).

3. *Учитель-логопед*: логопедическая диагностика, коррекция и развитие речи, разработка рекомендаций другим специалистам по использованию рациональных логопедических приемов в работе с ребенком.

4. *Социальный педагог*: объективное изучения условий жизни и семейного воспитания ребенка, социально-психологического климата и стиля воспитания в семье, обеспечение законодательно закрепленных льгот детям с нарушениями в развитии и их семьям, решение конфликтных социальных проблем в пределах компетенции.

5. *Воспитатель*: определение уровня развития разных видов деятельности ребенка, особенностей коммуникативной активности и культуры, уровня сформированности целенаправленной деятельности (прежде всего по данным оценки изобразительной и трудовой деятельности), навыков самообслуживания согласно возрастному этапу, реализация рекомендаций учителя, психолога, логопеда, врача (организация режима, развивающих и коррекционных игр и т.д.).

6. *Врач*: организация медицинской диагностики и проведение ее отдельных элементов в соответствии с уровнем квалификации и специализацией, организация и контроль антропометрии, уточнение схем медикаментозного, физио- и фитотерапевтического лечения, лечебной физкультуры и массажа с динамическим контролем, контроль за организацией питания детей, разработка медицинских рекомендаций другим специалистам.
7. *Старшая медицинская сестра*: обеспечение повседневного санитарно-гигиенического режима, ежедневный контроль за психическим и соматическим состоянием воспитанников, проведение фито- и физиотерапевтических процедур (при наличии дополнительных штатных единиц эти обязанности могут исполнять медицинские сестры по фито- и физиотерапии)
8. *Инструктор ЛФК*: проведение занятий по согласованному с врачом учреждения или курирующей организации (ППМС-центра, детской поликлиники и т.п.) схемам.
9. *Массажист*: проведение массажа по согласованному с врачом учреждения или курирующей организации (ППМС-центра, детской поликлиники и т.п.) схемам.
10. *Музыкальный руководитель (педагог дополнительного образования)*: реализация используемых программ музыкального воспитания, программ дополнительного образования с элементами музейной, музыкальной, танцевальной, креативной, театральной терапии с учетом рекомендаций педагога-психолога и обязательным представлением для психологического анализа продуктов детского творчества как проективный материал.
11. *Представитель администрации* - руководитель службы сопровождения: перспективное планирование деятельности службы, координация деятельности и взаимодействия специалистов, контроль за организацией работы, анализ эффективности.

Основные направления работы с ребенком определяются на психолого-медико-педагогических консилиумах (см. приложения).

Как и при организации работы с детьми, имеющими другие нарушения в развитии, приоритетными остаются три области деятельности службы сопровождения.

1. Базовая и динамическая диагностика.
2. Организационно-методическое обеспечение образовательного и коррекционного процесса.
3. Организация взаимодействия с родителями и их обучения.

Контрольные вопросы

1. Сущность психолого-педагогического медико-социального сопровождения развития аутичного ребенка
2. Основные этапы сопровождения.
3. Области деятельности специалистов службы сопровождения.

Практические задания

1. Назовите факторы, определяющие эффективность сопровождения развития аутичного ребенка, которые не были выделены в качестве основных. Обоснуйте, почему указанные факторы важны в организации сопровождения
2. Проанализируйте возможность и целесообразность использования тех или иных форм интеграции в работе с аутичными детьми в образовательном учреждении (частичная, временная, постоянная; физическая, функциональная, социотальная).
3. Дискуссия: «Возможности вариативных изменений организации деятельности в специальном (коррекционном) образовательном учреждении с учетом особенностей аутичных детей»

Глава 4. ПРИНЦИПАЛЬНАЯ СХЕМА ОРГАНИЗАЦИИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В СИСТЕМЕ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ РАЗВИТИЯ АУТИЧНОГО РЕБЕНКА

Качество и своевременность диагностики во многом определяют возможности коррекции проявлений аутизма. Поэтому в качестве обязательных выступают следующие требования к ее организации:

- диагностика должна быть ранней (начинающейся с первого дня пребывания ребенка в учреждении),
- комплексной (включающей в себя участие специалистов разного профиля и родителей, использование разных методов),
- динамической (направленной не на скорейшее установление окончательного диагноза, а на его планомерное уточнение с учетом особенностей онтогенетического развития ребенка, степени

адаптации и коррекционной работы).

С учетом указанного возможно выделение ряда этапов в логике диагностического исследования, организация которого зависит от профиля, целей, задач и особенностей конкретного образовательного учреждения.

1 этап - ориентировочный

Основные задачи:

- 1) ориентирование в актуальных проблемах ребенка;
- 2) выработка гипотезы о причинах их возникновения;
- 3) определение средств дальнейшей диагностики;
- 4) определение подходов к обеспечению адаптации и первичной коррекции.

Основные методы:

- 1) биографический - реализуется в ходе изучения документации (психолого-педагогической - если ребенок ранее посещал какие-либо образовательные учреждения или психолого-педагогические консультативные центры; медицинской - представленной родителями или полученной по запросу из учреждений системы здравоохранения) и в ходе бесед с родителями (законными представителями) и близкими родственниками ребенка,
- 2) наблюдение (в разных ситуациях деятельности ребенка - в период непосредственного обследования тем или иным специалистом, на занятиях, в игре, на прогулке и т. д.),
- 3) беседа с ребенком и с родителями.

Результат: систематизация первичных сведений о соматическом, нервно-психическом и психологическом статусе ребенка, условиях семейного воспитания, степени (и потенциальных возможностях) адаптации в детском коллективе, особенностях эмоционально-волевых проявлений, уровне работоспособности, утомляемости, специфике взаимоотношений со взрослыми и сверстниками.

2 этап - углубленной диагностики и определения зоны ближайшего развития ребенка

Основные задачи:

- 1) изучение уровня развития психических функций* (внимания, восприятия, памяти, мышления, речи),
- 2) изучение особенностей эмоционально-волевой сферы и мотивационной готовности;
- 3) изучение особенностей личностного развития,
- 4) изучение объема и характера знаний, умений и навыков соотносительно с возрастом и особенностями ребенка,
- 5) изучение характера жилищно-бытовых условий, семейных взаимоотношений и стиля семейного воспитания.

Основные методы:

- 1) констатирующий педагогический эксперимент,
- 2) экспериментально-психологический метод, реализуемый посредством использования стандартизированных психологических методик, опросников и анкет для родителей и т.п.

* Параллельно с исследованием психических функций отмечаются такие особенности как понимание инструкции, удержание инструкции, умение доводить задание до конца, а также характер деятельности ребенка: стойкость интереса, целенаправленность деятельности, сосредоточенность, истощаемость, работоспособность, умение пользоваться помощью, реакция на результат.

Высокоинформативны методы нейропсихологического обследования (с особым вниманием на проявления особенностей функциональной асимметрии головного мозга или признаки недостаточности латерализации полушарий) и методы медицинской диагностики (электроэнцефалография, ультразвуковое исследование головного мозга, доплерография, компьютерная томография и др.).

Результат:

- 1) анализ и обобщение полученных результатов позволяет оформить психологическое, педагогическое, логопедическое и медицинское заключения, представляемые на психолого-медико-педагогический консилиум с целью всестороннего анализа, выработки единой стратегии работы с ребенком и ее согласования с родителями.
- 2) разработка коррекционных программ, схем сопровождения, индивидуальных образовательных

маршрутов.

3 этап - динамической диагностики

Основные задачи:

- 1) уточнение диагноза;
- 2) уточнение индивидуального образовательного маршрута;
- 3) уточнение коррекционно-развивающей программы. Методы:

- 1) формирующий педагогический эксперимент,
- 2) указанные выше с учетом необходимости.

Результат: реализация оптимизированного индивидуально-ориентированного подхода к обучению, воспитанию и коррекции ребенка с аутистическим расстройством.

4 этап - катamnестического исследования

Основная задача:

- 1) оценка степени адаптированности ребенка в условиях экстер-нальной интеграции.

Метод:

- 1) катamnез.

Содержание, форма и сроки катamnестического исследования могут варьироваться в каждом конкретном случае.

Вариант (для ребенка, перешедшего в основную школу):

1. Фамилия, имя ребенка.
2. Возраст на момент сбора катamnеза.
3. Характер адаптации в новых образовательных условиях по мнению родителей.
4. Характер адаптации в новых образовательных условиях по мнению учителей и других специалистов учреждения, в которое ребенок переведен.
5. Успеваемость.
6. Предпочтения в учебных предметах.
7. Увлечения.
8. Применяемые методы медицинского воздействия.
9. Особенности общения и социального взаимодействия в семье.
10. Особенности общения и социального взаимодействия в школе. Результат: оценка эффективности деятельности службы психолого-педагогического медико-социального сопровождения.

В практической деятельности мы выделяем три степени социальной адаптации по данным катamnеза:

- А) ребенок социально адаптирован в школе, не испытывает особых затруднений в общении и учебной деятельности,
- Б) испытывает трудности в общении, но успешно их преодолевает, нет социальной дезадаптации,
- В) испытывает трудности в учебной деятельности и социальном взаимодействии, нуждается в психолого-педагогическом медико-социальном сопровождении.

Контрольные вопросы.

1. Основные задачи диагностического исследования аутично-го ребенка.
2. Основные и дополнительные методы диагностики.
3. Содержание психологического исследования аутичного ребенка.
4. Содержание педагогического исследования аутичного ребенка.
5. Содержание логопедического исследования аутичного ребенка.
6. Содержание медицинского исследования аутичного ребенка.

Практические задания.

1. Обоснуйте необходимость и возможность вариативности этапного подхода к организации диагностики в системе психолого-педагогического медико-социального сопровождения детей с аутизмом.
2. Адаптируйте (модифицируйте) предложенный алгоритм к условиям образовательного учреждения.

Глава 5. СОВРЕМЕННЫЕ КОРРЕКЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РАБОТЕ С АУТИЧНЫМИ ДЕТЬМИ

Понимание переживаний и возможностей ребенка, страдающего аутизмом, является одной из центральных проблем. Понимание страдает чаще всего из-за того, что у ребенка имеется «буквальное» восприятие всего окружающего и в связи с этим возникают не только трудности в общении, но и создаются конфликтные ситуации со сверстниками и взрослыми. Чрезвычайно важно предугадывать потребности ребенка. Не требовать от него выполнения приказаний, а наоборот руководствоваться его желаниями. На начальном этапе учителя и воспитатели стремятся действовать в соответствии с возможностями жизнедеятельности ребенка, не приспособливая его к себе, а сами приспособливаясь к нему.

Именно поэтому необходимо создание теплого психологического климата в окружении ребенка и в самом учреждении. Важно, чтобы окружающая ребенка среда не была бы миром враждебным и угрожающим, а способствовала уменьшению барьера, отделяющего внутренний мир ребенка от мира внешнего.

Учитывая, что степень аутистических нарушений у детей различна и глубина этих нарушений не только постоянно колеблется, но и меняется с возрастом, мы используем элементы разных приемов (методов) оказания помощи ребенку (элементы поведенческой терапии, эмоционально-уровневой терапии и др.). Центральным же направлением в работе с такими детьми, как нам представляется, может быть *эстетопсихотерапия* в широком ее понимании: музыкальная, танцевальная, креативная, театральная терапия. Эта форма помощи дает возможность использовать все виды деятельности в жизни ребенка, стимулирует его инициативу, активность, удовлетворяет эмоциональные потребности.

В процессе музыкальной терапии он не только учится воспринимать музыку, но при этом раскрываются его эмоциональные переживания, расширяются возможности эмоционального общения и формируется чувство сопереживания с другими детьми. Музыка обычно сопровождается групповыми танцами. Танцы улучшают общую и тонкую моторику ребенка, повышают мышечный тонус, но эта форма деятельности также способствует общению детей на эмоциональном уровне и разрушают барьер между ними.

При креативной терапии, сопровождаемой теплыми эмоциями и показом того, что надо делать и как, проводимой в малых группах детей (3-5 человек) при одновременном участии родителей, у детей не только возникает стремление к взаимодействию, но и появляется своеобразный дух соревнования - кто сделает лучше, быстрее, красивее. Особенно, если сюжеты, нарисованные ребенком или предметы, вылепленные из пластилина, оказываются выставленными для всеобщего обозрения. В процессе рисования, лепки и др. происходит также улучшение тонкой моторики, формирование пространственных представлений, стремление к красоте.

Продукты творческой деятельности являются диагностическим показателем динамики психического состояния ребенка и служат одним из оснований для составления и изменения разноуровневых программ. Театральная и близко стоящая к ней музейная терапия оказывают мощное стимулирующее воздействие на психику ребенка. При этом виде помощи ребенок становится в позицию выбора роли и ее взаимодействия с ролями других детей. В процессе этого выбора раскрываются мотивы и возможности ребенка. Большое значение имеет участие ребенка совместно с педагогами и родителями в подготовке театрального реквизита. Репетиции детей, подготовка к ним способствуют совместной деятельности детей, т.е. опять же стимулируют общение. При постановке спектакля достигается большой положительный эмоциональный накал и сопереживание с аудиторией. Внешний мир утрачивает угрожающий характер и становится привлекательным.

Наряду с эстетопсихотерапией мы используем и другие методы. Выбор вариантов использования коррекционных технологий определяется:

- уровнем квалификации специалистов образовательного учреждения;
- актуальными возможностями воспитанников, обучающихся;
- материально-техническими условиями образовательного учреждения.

Мы приводим некоторые из распространенных коррекционных технологий.

Эвритмия. Берет начало из развивающего подхода, который предполагает, что нормально развивающиеся младенцы чрезвычайно предприимчивы в своих социальных взаимоотношениях. Это выражается в том, что развитие паттернов нормального общения происходит через процесс осуществления ребенком и его ближайшим взрослым окружением возрастающих по сложности взаимодействий, в которых младенец принимает активное участие с первых месяцев своей жизни. Нормальный младенец от рождения обладает способностью использовать невербальные навыки общения, такие как соответствующий контакт глаз, хватание, положение головы и тела, улыбка - все это появляется задолго до того, как произносятся первые

слова или производятся первые жесты. Таким образом, ребенок способен не только сам реагировать на взрослого, но и предлагает взрослому, довольно своеобразными способами, откликнуться на его призывы. Младенец может выражать свое одобрение и неодобрение, чувствовать, проявлять и разделять определенные стремления, просить что-либо, принимать или отвергать что-то с удовольствием, скукой или гневом, он может даже поддразнивать мать, используя движения и контакт глаз, - и все это может наблюдаться до достижения 12 месяцев.

У аутичного ребенка социальная адаптация и социальная эмпатия находятся в состоянии дефицита, а речевые нарушения еще более затрудняют процесс понимания и выработки навыков в этом направлении. В то же время большинство родителей аутичных детей находят, что их дети способны осуществлять грубые, разрушительные игровые действия, и в этот момент их отношение к родителям улучшается.

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

Эвритмия отличается от традиционной музыкотерапии тем, что здесь основная цель музыкального воздействия заключается в создании отношений не между музыкой и ребенком, а между ребенком и тем значимым для него человеком, с которым он проводит все свое время. Для детей в возрасте до 4-х лет, которые еще не посещают детских учреждений, таким значимым человеком может оказаться кто-то из родителей, для детей, проводящих в школе полный учебный день, лучше всего чтобы им стал их учитель и было бы неплохо, если бы у него была возможность хотя бы один час работать с ребенком наедине, а не только фронтально. Совместные занятия ребенка с учителем и музыкотерапевтом позволяют: во-первых, формировать навыки музыкальной помощи в общении, которое более всего на данный момент необходимо ребенку (тогда как в традиционной музыкотерапии польза от взаимоотношений, устанавливаемых терапевтом, зависит от возможности переноса их на других людей); во-вторых, учитель использует в классе ритмы и диалоги, проработанные в музыкальной комнате, и может брать их за основу при обучении в течение недели. Причина, по которой музыка становится помощником, объясняется тем, что она более гибкая, чем разговорный язык, особенно если используется в сочетании с движениями. Подавляющее большинство наиболее продуктивных моментов лучше проводить в спокойной обстановке созерцания, когда взаимодействие учителя и ребенка становится почти подпороговым с точки зрения пения и развивается на базе почти неуловимой взаимной игры касаний, шепота и взглядов. Это как раз та чувствительная реакция на настроение, которая наиболее контрастирует с методикой выбора и позволяет различать чувства, испытываемые во время занятий.

С помощью эвритмии до ребенка пытаются довести практическое понимание того, что и диалог, и взаимодействие возможны,

и ввести его в состояние поддержания этого типа общения через опыт, который сам по себе коммуникативен и является аналогом активной речи. В процессе занятия ребенок сам формирует сильные личностные и доверительные связи со своим учителем, которые переносятся в класс и сохраняются в течение всей учебной недели. Лингвистические навыки устной или жестовой речи накладываются на те рамки, которые созданы этой предварительной работой и, как оказалось, обучение речи идет с большей гибкостью и социальным отзвуком, чем когда работают только по линии коррекции поведения. Звуковое повторение не является большой проблемой для аутичных детей, и они могут осуществлять перенос сформированных навыков более свободно. Необходимо подчеркнуть, что эвритмия является частью школьного учебного плана, как бы «проторяет путь» для обучения по другим дисциплинам, что, в свою очередь, формирует целостную систему школьной интеграции. Эвритмия пригодна для любого ребенка с аутизмом, вне зависимости от тяжести нарушения или от интеллектуального уровня. Более способные дети, пройдя через эту терапию могут быть возвращены в массовые школы, где помощь им уже будет оказываться посредством

других приемов, в большей мере развивающих социальную эмпатию и социальную адаптацию, но на более высоком уровне. Для менее способных детей, наличие более высокой степени коммуникации, также позволит достигнуть больших успехов в обучении и социализации.

При организации *эмоционально-уровневой терапии* учитываются компенсаторные формы защиты при аутизме. О.С.Никольская и соавт. (1997) выделяют четыре основных формы проявления аутизма по уровню эмоциональной регуляции, определяющему сущность проявлений, стратегию поведения ребенка и стратегию работы с ним.

1. Аутизм как полная отрешенность от происходящего:

- сущность - отсутствие речи, невозможность организовать деятельность ребенка, выраженный дискомфорт во взаимоотношениях с окружающим с раннего возраста, крайние проявления аутизма;
- стратегия поведения - уход от любого взаимодействия с окружающим;
- стратегия работы - развитие активной избирательности и выработка устойчивых форм поведения и деятельности.

2. Аутизм как активное отвержение:

- сущность - аутизм проявляется не как отрешенность, а как высокая избирательность в отношении с миром, признаки задержки психического развития, задержка развития речи;
- стратегия поведения - наибольшая распространенность стереотипии, ритуалы, бурные проявления агрессии и аутоагрессии, симбиотическая связь с близким взрослым;
- стратегия работы - преобразование стереотипа защиты в стереотип связи с миром.

3. Аутизм как захваченность аутистическими интересами,

- сущность - стойкая стереотипная привязанность к собственным стойким интересам, могут определить для себя цель и развернуть сложную программу действий по ее достижению, экстремальная конфликтность, невнимание к мнению и интересам других, хорошее развитие речи;
- стратегия поведения - навязчивые устойчивые стереотипии, направленные на аутостимуляцию посредством актуализации неприятных и пугающих впечатлений (фантазии, разыгрывание сюжетов, монологи на определенную тему), в отличие от 2 группы не так внимательны к детальному сохранению окружающей обстановки, важнее неприкосновенность программ поведения;
- стратегия работы: продвижение во взаимодействии с окружающими, развитие диалога с людьми.

4. Аутизм как чрезвычайная трудность организации общения и взаимодействия:

- сущность - наиболее легкий вариант, повышенная ранимость, тормозимость в контактах, сильная зависимость от эмоциональной поддержки взрослых, стереотипии проявляются в напряженных ситуациях, не носят изолированного характера,
- стратегия поведения - не развивают специфической аутистической защиты, стереотипность проявляется как особый педантизм, повышенное стремление к порядку, обращение за поддержкой и подсказкой близких,
- стратегия работы - обеспечение атмосферы принятия и безопасности, создание спокойного устойчивого ритма занятий, развитие замещающих способов получения удовольствия от реализации своих интересов и предпочтений, выработка собственной линии поведения.

Учитывая, что организация вариантов помощи при этих формах представляет собой стройную и подробно описанную отечественными специалистами систему, следует обратиться к книге О.С.Никольской, Е.Р.Баенской, М.М.Либлинг(1997).

Поведенческая терапия. Разработана в рамках бихевиористического течения в психологии. Изначально сущностью метода являлась выработка у ребенка способов поведения (деятельности) и адекватного решения задач посредством оперантного обусловливания с использованием системы подкреплений (как позитивных, так и негативных). С развитием необихевиоризма большое внимание стало уделяться социально-когнитивным аспектам обучения, построенным на наблюдении за деятельностью поведенчески сохранных сверстников.

Структура программы в качестве основной цели предусматривает необходимость наибольшего приближения аутичного ребенка к возможностям обучения нормальных детей. Нормально развитый ребенок учится везде и всегда, включая вечернее время, выходные и каникулы. Множество типов поведения, соответствующие огромному числу возможных ситуаций, ребенок наблюдает и учится подражать большому количеству людей, включая сверстников. Дети с аутизмом не могут обучаться таким же образом. Для того чтобы добиться оптимальных результатов в их коррекции и обучении необходимо, чтобы взрослые, работающие с ребенком, были обучены умению заполнять все жизненное пространство ребенка в школе, дома и в свободное время. При этом включение родителей, других членов семьи, сверстников является жизненно необходимым и обуславливает генерализацию терапевтического эффекта.

На ранних этапах работы большая часть времени уходит на обучение ребенка имитации, которая является

ядром этого метода, в основном невербально и лишь иногда вербально. Со временем ребенок начинает посещать дошкольное учреждение или школу, вначале лишь часть учебного дня, затем более длительное время. Специалисты должны заранее решить, в каких школьных заданиях ребенок может добиться наибольшего успеха. Необходимый навык затем вырабатывается и далее шлифуется дома до того, как ребенок будет участвовать в коллективной деятельности. Таким образом ребенок уже будет подготовлен к участию в той или иной деятельности, нужно будет лишь перенести навыки выработанного поведения из привычных домашних условий в школьную среду. Тонкость имитационной подготовки заключается также в обучении искусству наблюдения: «дети учатся учиться, наблюдая за тем, как учатся другие дети».

Нет оснований считать, что современные поведенческие программы вмешательства могут быть одинаково пригодными для всех аутичных детей. Представляется, что в отечественных условиях этот метод более целесообразен в тяжелых случаях аутизма с сопутствующей выраженной интеллектуальной недостаточностью, препятствующей освоению адекватных способов общения и осознания окружающей действительности.

В своей деятельности мы включаем элементы поведенческой терапии во все формы организованной помощи детям.

ТЕАССН-программа. ТЕАССН расшифровывается как «Лечение и обучение детей, страдающих аутизмом и другими подобными нарушениями коммуникации». Представляет собой преемственную последовательность специальных программ, ориентированных на использование в течение всей жизни аутичного человека любого возраста и уровня интеллектуального развития. Построена на следующих основных принципах, в основе которых лежат когнитивные теории аутизма:

- 1) специальная организация пространства;
- 2) визуализация;
- 3) структурирование времени;
- 4) «обратная» интеграция.

Мы не останавливаемся подробно на деталях программы, так как они достаточно освещены в литературе (Т.Питерс, 1999).

Групповая терапия. Групповая терапия основана на методике Kitahara, которая применялась ею в частной школе города Токио, а затем в Бостоне (школа Higashi), где аутичные дети обучаются вместе с нормально развитыми детьми (вариант интегрированного обучения). Основная идея - соответствие групповой норме и имитация выработанной модели поведения.

Главный принцип - формирование у ребенка «ритма жизни» методом слияния с групповыми процессами. Основная часть этого ритма ощущается физически. Цели: стабилизировать детскую эмоциональную сферу, которая находится в ослабленном состоянии,

что предполагает поддержку ребенка ритмом группы, принимающей его как себе подобного, улучшить физическое развитие и навыки самообслуживания ребенка через подражание группе, нормализовать интеллектуальное развитие через высоко структурированные и имитационные повторения различного рода шаблонов.

Эта практика расходится с традиционными ведущими принципами обучения аутичных детей, которые, наоборот, направлены на то, что ребенок нуждается в индивидуальном внимании и индивидуальной программе для адекватного развития.

Детей достаточно долго разубеждают в необходимости совершать индивидуальные спонтанные действия и побуждают вернуться «в строй», зачастую силовыми методами. Например, внимание к деструктивному поведению, такому как агрессия, нанесение себе вреда, самоподхлестывание, основано на преимущественном использовании переноса направленности этого поведения. Этот перенос заключается в том, что ребенок насильственно препровождается в лоно группы. Например, когда ребенок бросает поднос для еды, направляясь на свое место, взрослый незамедлительно дает ему другой поднос, и ребенок продолжает двигаться вместе со всеми детьми в том же направлении. Когда ребенок начинает бить себя по лицу, взрослый моментально возвращает руки ребенка в то положение, в котором находятся руки у всех детей группы. Использование переноса направленности действия взрослого состоит из не-акцентированной реакции невербального характера. Таким образом, получается растворение любого проявления деструктивного поведения в групповом процессе.

В школе Higashi проводится тщательное обследование детей как при поступлении, так и регулярно в процессе обучения. Тем не менее результаты такого обследования не трансформируются ни в индивидуальные программы для каждого ребенка, ни хотя бы в какие-то меры по проведению индивидуальных лечебных мероприятий. Групповые действия являются основными, индивидуальные программы для детей не предусматриваются. Например, если у ребенка отсутствует речь, то ему не

предлагается изучение жестовой речи, он просто должен влиться в упражнения по декламации или пению, которые осуществляет группа, издавая хотя бы приблизительно похожие звуки. Ребенок должен сидеть тихо и слушать

словесные объяснения, даже если он ничего не понимает. Физические упражнения и групповой распорядок дня являются центральным звеном программы Higashi, мало внимания уделяется тому, чтобы каждый ребенок разобрался в понятиях и значениях, а первостепенную значимость имеет лишь формальное выполнение деятельности. Процесс обучения в школе основывается на механическом запоминании и на имитационной деятельности. Например, каждый месяц заучивается новая песня, которая повторяется неоднократно в течение дня, а кроме того происходит проговаривание в виде декламации большого количества событий и фактов.

Элементы групповой терапии нами иногда используются, т. к. в отдельных случаях оказывают успокаивающее действие на возбужденных детей и детей с деструктивным поведением.

Метод выбора А. S. Kaufman. Предусматривает работу с аутичным с ребенком один на один в течение всего дня. Этот метод не является чем-то принципиально новым, а вытекает из длительного опыта Kaufman (1950) обучения своего собственно аутичного сына с высоким уровнем интеллекта.

Состоит метод из двух частей:

- первая направлена на изменение точки зрения родителей и учителей на ребенка,
- вторая предполагает влияние этого нового отношения к ребенку на поведение родителей и учителей таким образом, что сам ребенок тоже начинает изменяться.

Метод не предполагает следование каким бы то ни было теориям возникновения аутизма, он лишь допускает то, что коммуникативные и когнитивные затруднения могут быть биологически обусловлены. Он также предполагает, что мозг ребенка обладает способностью восстанавливать свои функции до нормального состояния при создании соответствующих условий.

Изменение отношения родителей и учителей прежде всего заключается в выборе, который они делают между состоянием счастья и состоянием горя и разочарования от того, что у них есть такой ребенок. Родители должны принять решение принимать своего ребенка таким, каков он есть, и чтобы их любовь не зависела от каких бы то ни было изменений, происходящих в нем. Если родители отбрасывают все негативные эмоции по поводу нарушений, имеющихся у ребенка, они скорее отмечают продвижение ребенка вперед. Ребенок рассматривается как субъект пытающийся настолько, насколько это возможно, освоить мир, который он не понимает. Ему необходим опыт полного принятия его таким, каков он есть, что бы он ни делал, вместо того, чтобы подчинять его требованиям других людей.

Успех достигается взрослыми при индивидуальной работе с ребенком и при взаимодействии с ним на компанейских началах, чтобы ребенок понимал, что ему больше не нужно отгораживаться от окружающего мира. Необходимо играть с ним в его игры, принимая как должное все, что бы он ни делал, проявляя энтузиазм в любой выбранной им деятельности и по-настоящему присоединяться к нему в этом, например, имитируя его стереотипные действия. Можно также предлагать ребенку какую-то свою деятельность, но всегда быть готовыми к отказу. Абсолютный энтузиазм взрослых по поводу того, что делает ребенок, должен быть ярко выраженным до степени крайнего преувеличения, для того, чтобы у ребенка не закралось и тени сомнения в том, что он любим и нужен, и что все люди, которые его окружают, счастливы, что он такой, какой есть. На практике, конечно, встречаются существенные различия между тем, что родители имитируют, и между искренностью в поддержке любой деятельности ребенка.

Ребенок, будучи крайне чувствительным, должен быть изолирован от всех, кто не знаком с принципами метода выбора. Для этого ему организуют собственное жизненное пространство - это одна комната или комната, совмещенная с ванной и туалетом, предпочтительно с односторонним зеркалом для возможности наблюдать за ним. Ребенок проводит все свое время, иногда в течение нескольких лет в этой комнате. Окно может пропускать свет, но не открывать обзора в окружающий мир.

Некоторые исследователи подвергают сомнению этот метод с точки зрения этики и здоровья, однако Kaufman считает, что это единственный путь предоставить ребенку возможность абсолютного самоконтроля. Аспект замкнутости затрудняет использование данного метода в

школьных условиях.

Несомненным достоинством метода являются положительные изменения в состоянии родителей, которые полностью изменяют свое отношение к сложной психологической ситуации, связанной с рождением аутичного ребенка. Принципы метода нами используются, особенно когда у родителей имеется отрицательное отношение к ребенку, но при этом мы абсолютно исключаем все формы изоляции ребенка.

Удерживающая терапия. «Форсированная поддержка» как метод была впервые предложена M.Welch. Сущность метода состоит в попытке форсированного, почти насильственного образования физической связи между матерью и ребенком, т.к. именно отсутствие этой связи считается сторонниками этого метода центральным нарушением при аутизме. Другие аспекты проявления аутизма, например, такой как глобальный дефицит языкового общения, либо игнорируются, либо их значимость снижается.

Назначение: пробиться через неприятие ребенком матери и развить в нем ощущение и привычку чувствовать себя комфортно. Этот подход включает в себя большую работу с родителями по разъяснению необходимости приучению ребенка к контакту с усиленным включением тактильных ощущений до тех пор, пока он не почувствует приятность от такого общения, несмотря на свое начальное отторжение. Рекомендуется во время тактильного контакта с ребенком говорить ему о своих чувствах, включая даже проявление гнева, мотивируя тем, что ребенок способен понимать язык и чувства матери, несмотря на то, что его эмоциональные особенности препятствуют процессу восприятия материнской ласки.

Варианты:

- систематические удерживающие упражнения, проводимые ежедневно;
- специально организованные, которые проводятся в состоянии возбуждения у ребенка или из-за каких-либо других изменений его эмоционального поведения.

Считается, что для того, чтобы ощутить комфортное состояние, надо испытать чувство дискомфорта, а для того, чтобы почувствовать защищенность, надо испытать состояние незащищенности. Для провокации неудовольствия у ребенка предлагаются также упражнения, как например: показ желанных предметов без возможности завладеть ими или дотронуться до них; предотвращение попыток ребенка сориентироваться в пространстве, поворачивая голову или оборачиваясь: воздействие на ребенка такими стимулами, которые являются для него сверхчувствительными (длительный поцелуй, если он этого не выносит, шептание прямо в ухо, если у него повышенная чувствительность к близким звукам и т.п.). Мать должна четко контролировать и предотвращать на вербальном и действенном уровне любую попытку ребенка причинить ей вред, но в то же время она должна продолжать упражнения. Занятие с ребенком заканчивается после того, как стороны пришли к соглашению, т.е. после того, как ребенок прошел через этап истощения и подчинения, что позволило матери предоставить ребенку комфортные условия покоя или спокойной непродолжительной игры. Совместный опыт матери и ребенка формирует возрастающее чувство взаимной привязанности и, как результат, закрепляет коррекционное воздействие.

Достоверных результатов от применения метода с обследованием ребенка до и после терапии у нас не имеется, но дает он какое-либо улучшение в состоянии ребенка, или нет, но в нее безусловно входит компонент, который умышленно вызывает у ребенка отвращение и стресс.

Однако, фактор «удержания» может быть ребенком также желательным. Это происходит в тех случаях, когда он нуждается в дополнительной защите от агрессивного воздействия внешней среды (Т.Грэндин, 1998).

Нами метод используется только в исключительных случаях, только как эпизод в основной работе. Все эти и многие другие варианты могут быть использованы в работе с аутичными детьми. Однако, основным, по нашему мнению, является выбор того подхода, который соответствует реальным возможностям ребенка. А в условиях отечественного образовательного учреждения использование того или иного метода представляется нецелесообразным без учета разработанных в рамках дефектологии (а затем коррекционной педагогики и специальной психологии) принципов обучения и воспитания ребенка с проблемами в развитии.

Контрольные вопросы

1. Как Вы понимаете сущность и возможности использования удерживающей терапии?
2. Определите основные положения поведенческой терапии при аутизме.
3. Насколько возможно, по Вашему мнению, использование в практике отечественных специальных (коррекционных) образовательных учреждений методов групповой терапии и выбора?
4. Каковы принципы, лежащие в основе эмоционально-уровневой терапии?
5. Какие теоретические представления положены в основу ТЕ-АССН-программы?

Практические задания

1. Проанализируйте возможности использования эстетопсихо-терапевтических методов в работе с аутичными детьми.
2. Дискуссия: «Варианты организации коррекционной работы с аутичными детьми в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях».

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ КАРТА

АУТИЧНОГО РЕБЕНКА

(по К. С. Лебединской, О. С. Никольской)

ФОРМАЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ

1. Фамилия, Имя, Отчество ребенка _____
2. Возраст (число, месяцы, год рождения) _____
3. Класс (если учится) _____
4. Домашний адрес, номер телефона _____

СВЕДЕНИЯ О СЕМЬЕ

МАТЬ: ФИО, возраст _____

профессия, образование _____

Имеются ли профессиональные вредности? Какие? _____

ОТЕЦ: ФИО, Возраст _____

профессия, образование _____

Имеются ли профессиональные вредности? Какие? _____

ЕСТЬ ЛИ ЕЩЕ ДЕТИ В СЕМЬЕ? (пол, возраст, род занятий) _____

С КЕМ ПРОЖИВАЕТ РЕБЕНОК? с обоими родителями; родители разведены - указать, сколько лет было ребенку; живет только с матерью или отцом (подчеркнуть) _____

ДОМАШНИЕ УСЛОВИЯ (социально-культурная среда)

Число членов семьи _____

Характер взаимоотношений в семье _____

Отношение членов семьи к данному ребенку _____

Жилищные условия (количество комнат, имеет ли ребенок отдельную комнату): _____

КОГДА ВПЕРВЫЕ ОБРАТИЛИСЬ К ВРАЧУ И ПО КАКОМУ ПОВОДУ? _____

ВОЗМОЖНОСТЬ НАСЛЕДСТВЕННОСТИ

Сведения о тяжелых болезнях ближайших родственников, о последствиях этих болезней, о наличии каких-либо врожденных или ранее приобретенных отклонений в психофизическом развитии у членов семьи (у кого? с какого возраста?) _____

(аллергия, эпилепсия, алкоголизм, краснуха, вен, заболевания, умственная отсталость, пороки развития, нарушения речи (какие?), эндокринные нарушения, наблюдается у психоневролога или психиатра (кто именно?) (нужное подчеркнуть) _____

Имеется ли у кого-нибудь левшество? _____

Кто в семье имеет ярко выраженные способности? _____

ЗАБОЛЕВАНИЯ РЕБЕНКА, ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ДО МОМЕНТА ОБСЛЕДОВАНИЯ

ПРОСТУДНЫЕ-частота заболеваний в возрасте: до 1 года- _____;

с 1 года до 3 лет- _____; с 3 лет до 7 лет- _____; после 7 лет- _____.

ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИИ (указать, в каком возрасте): ветряная оспа - _____; корь - _____; скарлатина - _____; коревая краснуха - _____; эпидемический паротит - _____; менингоэнцефалит - _____; другие заболевания (указать) _____

Состояние зрения _____

Состояние слуха _____

Заболевания ЛОР-органов (гланды, аденоиды, тонзиллиты) _____

Травмы головы (с указанием возраста) _____

Находился ли в стационаре? (в каком возрасте) _____

С каким диагнозом? _____

Другие заболевания _____

Бывают ли подъемы температуры без видимых причин? _____

Изменяется ли у ребенка А/Д? _____

Отмечались ли у ребенка судороги? (указать возраст, частоту, при каких обстоятельствах) _____

Состоит ли на диспансерном учете? (с какого возраста, у какого специалиста, с каким диагнозом) _____

Сон ребенка, нарушения сна _____

Энурез _____

Склонность к запорам _____

Рвоты, срыгивания без выявленных физических причин _____

СВЕДЕНИЯ О ПРЕНАТАЛЬНОМ РАЗВИТИИ РЕБЕНКА

Ребенок желанный, нежеланный (указать) _____

Возраст матери во время беременности _____

Какая по счету беременность _____

Какие по счету роды _____

Как протекали предыдущие беременности _____

Чем завершались? _____

Как протекала настоящая беременность? _____

(норма, тошнота, рвота, повышение А/Д, ОРЗ, краснуха, грипп, прием лекарств, психические травмы, профессиональные вредности, ушибы плода, курение, прием алкоголя, токсикомания, возможности зачатия в состоянии алкогольного опьянения) (нужное подчеркнуть).

Какие были роды (в срок, преждевременные, стремительные, затяжные, переносные)? (подчеркнуть).

Были применены: стимуляция, выдавливание, вакуум-экстракция, наложение щипцов, кесарево сечение, поворот плода (подчеркнуть). Ребенок родился: доношенный, недоношенный, переносный (подчеркнуть).

Особенности при рождении: асфиксия, родовая травма, гематома головы, обвитие пуповины вокруг шеи, предлежание плода - ягодичное, головное неправильное (подчеркнуть).

Закричал сразу или нет? _____

Были ли судороги? Как долго? _____

Вес при рождении? _____

Рост при рождении? _____

ПЕРВЫЙ ГОД ЖИЗНИ

Вегетативно-инстинктивная сфера

Нарушение сна (неустойчивость ритма «сон-бодрствование», длительность сна, длительность периода засыпания и сна, засыпание лишь в определенных условиях, прерывистость сна днем).

Ночные страхи. _____

Трудность взятия груди: задержка формирования автоматизма сосания; вялость, недостаточность времени сосания _____

Рвоты, срыгивания без выявленных физических причин _____

Запоры, диарея _____

Слабость или отсутствие реакции на мокрые пеленки (отсутствие

реакции на физический дискомфорт) _____

Слабость аффективной реакции на человека, в том числе - на мать:

- а) Отсутствие позы готовности при взятии на руки
- б) Не тянулся на руки, не лнул, не обнимал
- в) Крик и сопротивление при пеленании Спокойный, беспокойный

Пассивен на руках

Ударял головой взрослого, который его держал

Раскачивание в кроватке

Другие виды стереотипной деятельности _____

Страх работающих бытовых приборов _____

Психомоторное развитие

К концу первого месяца

- 1. Не может на мгновение удержать головку в вертикальном положении.
- 2. Не следит взглядом за небольшим отклонением луча карманного фонарика вправо-влево.
- 3. Никогда не кричал перед кормлением.
- 4. Не прекращает крик, когда мать прикладывает его к груди или прижимает к себе.

К концу второго месяца

- 1. Не может приподнять головку на 5 см от поверхности и удержать ее.
- 2. Совершает несимметричные движения ручками и ножками.
- 3. Не прислушивается к звону колокольчика и не следит за погремушкой, которую перемещают из стороны в сторону.
- 4. Не смотрит на мать, когда она заговаривает с ним. К концу третьего месяца

1. Не может, лежа на животе, удержать головку в течение 1 мин.

2. Не может удержать головку в вертикальном положении хотя бы на полминуты.

3. Не тянется полуоткрытой ручкой к красному предмету, который держат перед ним.

4. Не ищет глазами, откуда звенит колокольчик.

5. Не улыбается, когда к нему приближается взрослый, заговаривает с ним или улыбается ему. К концу четвертого месяца

1. Не может, лежа на животе, приподнять туловище, опираясь на предплечья.

2. Головка отклоняется назад в тот момент, когда его поднимают из положения лежа на спине.

3. Не пытается опереться на кончики пальцев ног, когда его поддерживают в вертикальном положении под мышки.

4. Не улыбается, когда с ним заговаривают. К концу пятого месяца

1. Плохо поворачивается самостоятельно с живота на спину.

2. Неуверенно держит головку, особенно в тот момент, когда его приподнимают за ручки из положения лежа на спине.

3. Не может уверенно протянуть ручку к игрушке.

4. Не прекращает плакать, когда слышит музыку или пение матери.

5. Не произносит отдельные звуки или слоги (например, ба-ба-ба), не пытается, находясь на руках у матери, отыскивать глазами те предметы, которые мать называет (Где...?)

6. Не прекращает плакать, когда с ним заговаривают, не может отличить доброжелательность или недовольство в тоне или мимике.

К концу шестого месяца

1. Не может ухватить кубик.

2. Уверенно не реагирует на шуршание бумаги, находящейся вне поля его зрения.

3. Не просится «на ручки», протягивая свои руки взрослому.

4. Лежа на животе, не может потянуться к игрушкам. К концу седьмого месяца

1. Не может стучать кубиком по столу.

2. Не пытается привлечь к себе внимание какими-либо определенными звуками.

3. Не ласкается к матери или близкому человеку, не прижимается щечкой к лицу матери.

4. Самостоятельно не может переворачиваться на обе стороны.

5. Лежа на животе, не опирается на выпрямленные руки.

6. Не прислушивается к возрасту взрослых. К концу восьмого месяца

1. Не может ползти назад.

2. Не может короткое время стоять при поддержке за руки.

3. Не может удержать между указательным и большим пальцами пуговицу.

4. Не прислушивается к разговору взрослых. К концу девятого месяца

1. Не может повернуться вокруг своей оси и ползти назад.
2. Не может короткое время стоять при поддержке за руку.
3. Не пытается самостоятельно пить из чашки и сдвигать шапочку или платок с головы.
4. Не может стучать кубиками друг о друга.
5. Не может повторить за взрослым восемь различных звукосочетаний и слогов.
6. Не пугается и не стесняется чужих людей, не пытается прятаться за мебель, не сердится, когда у него отбирают игрушку.

К концу десятого месяца

1. Не сбрасывает игрушки со стола.
2. Не может махать головой в знак отрицания или несогласия («нет-нет») или помахать ручкой в знак приветствия.
3. Не повторяет или не имитирует такое действие, которые вызывает смех окружающих.

К концу одиннадцатого месяца

1. Не может ползать на четвереньках.
2. Не может сидеть с вытянутыми ногами.
3. Не может передвигаться, держа за опору.
4. Не пытается стоять, удерживаясь за мебель или стенки манежа.
5. Не поддерживает чашку при питье и не может самостоятельно есть сухарик.

К концу двенадцатого месяца

1. Не может сделать несколько шагов, держась а руку взрослого.
2. Не может удержать одной рукой 2 маленьких кубика или подать игрушку взрослому.
3. Не проявляет интереса к автомашинам.
4. Не может произнести ни слова, не прислушивается к музыке.
5. Не может выполнить простейшие просьбы.
6. Не может самостоятельно есть из ложки и не гримасничает, заметив свое отражение в зеркале.

ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ

Узнает мать с _____ месяцев.

Держит головку с _____ месяцев.

Сидит самостоятельно с _____ месяцев.

Ходит с _____ месяцев.

Задержка в развитии ходьбы (длительный интервал между ползанием и началом ходьбы) _____

Внезапность перехода к ходьбе _____

Активность в ходьбе _____

Страх ходьбы _____

Начало бега одновременно с началом ходьбы _____

Необычная походка (ходьба на цыпочках, устойчивость походки, затруднения в беге, прыжках) _____

Прослеживает перемещение предметов глазами с _____ месяцев.

Задержка в формировании навыков желания _____

Бедность мимических комплексов (улыбки, испуга, плача и т.д.) _____

Левшество в раннем возрасте _____

Задержка развития бытовых навыков _____

Сопrotивление 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 _____

СФЕРА ОБЩЕНИЯ

1. Визуальный контакт (отсутствие фиксации взгляда на лице человека. Отсутствие фиксации взгляда на глазах человека; взгляд «мимо», «сквозь». Характер взгляда: неподвижный, испуганный).

2. Слабость реакции на свет, звук, погремушку (отсутствие какого-либо компонента-двигательного, голосового, улыбки) _____

3. Первая улыбка (слабость, редкость. Особенности внешней характеристики: «неземная», «лучезарная»). К

чем относилась: к человеку, к неодушевленному предмету, или это - реакция на звук, какие-либо ощущения _____

4. Узнавание близких. Задержка в узнавании матери, отца. Слабость эмоциональной насыщенности узнавания (отсутствие улыбки, движения навстречу). Реакция на приход и уход близких _____

5. Отсутствие позы готовности при взятии на руки _____

6. Сопротивление при взятии на руки _____

7. Симбиотическая связь с матерью (или другими людьми) _____

8. Появление слов «МАМА», «ПАПА» после других. Их неотнесенность к родителю. Страх кого-либо из родителей, индифферентность, избегание, враждебность _____

9. Реакция на нового человека (непереносимость, сопротивление при взятии на руки, агрессия, игнорирование, «сверхобщительность» _____

10. Контакт с детьми _____

11. Реакция на словесное обращение. Отсутствие отклика на имя _____

12. Поведение в одиночестве _____

Деятелен или инертен _____

Спокоен или возбужден _____

Эмоциональный фон настроения _____

АФФЕКТИВНАЯ СФЕРА

Особенности общего эмоционального облика (отрешенность, обеспокоенность, тревожность, напряженность) _____

«Уходы в себя» _____

Слабая эмоциональная откликаемость _____

Преобладание повышенного или пониженного фона настроения _____

Немотивированные колебания настроения _____

Негативизм _____

Агрессивность (на кого направлена; аутоагрессия) _____

«Феномен тождества» приверженность привычным деталям окружающей обстановки _____

Приверженность к определенным видам пищи _____

Жесткое следование усвоенному режиму _____

Страхи _____

Отсутствии страха высоты _____

Реакция на замечание _____

Реакция на одобрение _____

Отношение к неудаче _____

СФЕРА ВЛЕЧЕНИЙ

1. Стремление к положительным ощущениям _____

2. Влечение к ситуациям, вызывающим страх _____

3. Агрессия (ее проявления, жестокость к близким, детям, животным, стремление ломать игрушки) _____

4. Самоагрессия (спонтанная, при неудачах) _____

КОНТАКТНОСТЬ

Насколько легко и быстро ребенок устанавливает контакт _____

Какова длительность и полнота контакта _____

Отгороженность _____

Негативизм _____

Отношение к взрослым _____

Отношение к сверстникам (безразличие, отвергание, застенчивость и беззащитность), другие особенности _____

ВОСПРИЯТИЕ

ЗРИТЕЛЬНОЕ ВОСПРИЯТИЕ

Взгляд «сквозь» объект _____

Отсутствии слежения взглядом за предметом _____

Сосредоточенность взгляда на «беспредметном» объекте (световом пятне, узоре обоев и пр.) _____

Вызывание стереотипной смены зрительных ощущений (включение и выключение света, верчение колес, пересыпание _____

мозаики и пр.) _____

Ранее различение цветов _____

Рисование стереотипных рисунков _____

Стремление к темноте _____

СЛУХОВОЕ ВОСПРИЯТИЕ

Отсутствие реакции на звук _____

Страхи отдельных звуков _____

Отсутствие привыкания к пугающим звукам _____

Стремление к звуковой аутостимуляции (сминание и разрывание бумаги, шуршание целлофановыми пакетами) _____

Предпочтение тихих звуков _____

Ранняя любовь к музыке (характер предпочитаемой музыки) _____

Хороший музыкальный слух _____

Отрицательная реакция на музыку _____

ТАКТИЛЬНАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ

Чрезмерная чувствительность (или нечувствительность) к мокрым пеленкам _____

Отрицательная реакция на прикосновения при причесывании, стрижке ногтей и пр. _____

Плохая переносимость одежды, обуви _____

"Удовольствие от разрывания бумаги, тканей, от пересыпания крупы" _____
Обследование окружающего с помощью ощупывания _____

ВКУСОВАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ

Избирательность в еде (непереносимость некоторых блюд) _____

Стремление есть, сосать несъедобные предметы _____

Обследование окружающего с помощью облизывания _____

ОБОНЯТЕЛЬНАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ

Повышенная чувствительность к запахам _____

Обследование окружающего с помощью обнюхивания _____

ПРОПРИОЦЕПТИВНАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ

Склонность к аутостимуляции напряжением тела, конечностей, ударами себя по ушам, ударами головой о бортик коляски, спинку кровати. Влечение к игре со взрослыми типа верчения, кружения, подбрасывания _____

РАЗВИТИЕ МОТОРИКИ

Моторный облик: двигательная заторможенность, вялость или расторможенность, возбудимость _____

Медлительность, угловатость, порывистость _____

Мешковатость, неуклюжесть _____

Необычные грациозность, плавность движений, ловкость при лазании, балансировании _____

Устойчивость походки; имеются ли патологические движения? Являются ли движения координированными, целесообразными? Отличаются ли мелкие движения точностью и ловкостью -

Какая рука является ведущей _____

ОБСЛЕДОВАНИЕ ИГРОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Проявляет ли ребенок интерес к игрушкам _____

2. Избирательный ли это интерес (перечислить, какие берет игрушки для игры) _____

3. На сколько этот интерес стоек (длительно ли занимается с одной игрушкой или переходит от одной к другой. Длительно ли вообще играет игрушками или они ему быстро надоедают, и он прекращает игру) _____

4. Адекватно ли употребление игрушек (использование предмета в соответствии с его назначением) _____

5. Каков характер игры (подробно записать, что делает ребенок с каждой игрушкой) _____

а) Манипуляция, рассматривание, постукивание, переключивание из руки в руку и т.

д. _____

б) Процессуальная игра (осуществление игровых действий, не направленных на конечный результат) _____

в) Игра с элементами сюжета _____

ОБСЛЕДОВАНИЕ РЕЧИ РЕБЕНКА

Речевой анамнез

1. Развитие предречевых функций: а) гуление с 6 месяцев.

б) лепет с _____ месяцев.

2. Первые слова

а) до года _____

б) в 1-2 года _____

в) в 2-3 года _____

3. Фразовая речь

до 2-х лет с 1-м мес. _____

в 2-3 года _____

после 3-х лет _____

Необычные первые слова _____

Фразовая речь без этапа слова _____

Развитие фразовой речи раньше ходьбы, одновременно _____

. Отказы от пользования речью после 2-х лет _____

Полностью некоммуникативная речь _____

Недостаточность коммуникативной речи _____

Отсутствие звукоизобразительных слов _____

«Взрослая» речь _____

Эхолалии непосредственные. Повторяет последние слова, фразы взрослого _____

Нарушения интонирования и модулирования. Речь монотонна _____

«Попугайная» речь, неадекватная ситуации _____

Избирательное отношение к словам _____

Отсутствие личного местоимения «Я» к 3-5 годам _____

Отсутствие личного местоимения «Я» после 5 лет _____

Когда стал узнавать близких _____

Когда стал реагировать на звук, на свое имя _____

Когда и как протекал период лепета _____

Был ли он? _____

Когда стал понимать обращенные просьбы (до года, после года) _____

Что понимает из речи взрослых в настоящее время _____

Задаёт ли вопросы? _____

Где воспитывался ребенок _____

Каково речевое окружение: двуязычная среда, недостатки речи в семье _____

Получал ли логопедическую помощь (какую, в течение какого времени, каковы были результаты) _____

Имели ли место тяжелые соматические заболевания в период раннего речевого развития? _____

Не находился ли длительное время в больнице? _____

ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОНИМАНИЯ РЕЧИ

(импрессивная речь)

1. ВЫЯСНЕНИЕ НАЛИЧИЯ ПОНИМАНИЯ РЕЧИ

Реакция ребенка на обращенную к нему речь _____

(если ребенок с сохранным слухом не понимает обращенную к нему речь, не реагирует на свое имя - уровень «нулевой»)

2. ВЫЯСНЕНИЕ УРОВНЯ ПОНИМАНИЯ РЕЧИ

1. 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)

Из чего ты пьешь?

Что ты надеваешь на ножки?

Что нужно маме, чтобы расчесать тебе волосы?

2. 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

3. Исследование понимания атрибутивных конструкций (типа: дочкина мама - мамина дочка; Девочка в красном платье бежала за мамой. Девочка бежала за мамой в красном платье.)

4. Исследование широты обобщений, скрывающейся за значением слова (подобрать группу предметов, соответствующую значению предъявленного слова)

5. Понимание развернутых грамматических конструкций (Например: Отец и мать ушли в театр. Дома остались бабушка и дети, кто ушел? кто остался дома! Девочка причесалась после того, как умылась. Что она сделала раньше? и т. д.)

ДЛЯ АНАЛИЗА. УРОВНИ ПОНИМАНИЯ РЕЧИ «Нулевой» - ребенок с сохранным слухом не воспринимает речи окружающих, иногда реагирует на свое имя, реже на интонации запрещения или поощрения.

«Ситуативный» - понимает просьбы, связанные с обиходным предметным миром. Знает имена близких и названия своих игрушек, может показать части тела у себя, у родителей, у куклы, но не различает по словесной просьбе изображений предметов, игрушек, хорошо известных ему в быту.

«Номинативный» - хорошо ориентируется в названиях предметов, изображенных на отдельных картинках, но с трудом ориентируется в названиях действий, изображенных на сюжетных картинках (идет, сидит, читает).

Совершенно не понимает вопросов косвенных падежей) (чем? кому? с чем? и т.д.) «Расчлененный» - различает изменения значений, вносимых отдельными частями слова (флексиями, суффиксами, приставками)

ОБСЛЕДОВАНИЕ ЭКСПРЕССИВНОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ

1. 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).

2. ВЫЯВЛЕНИЕ АКТИВНОГО ГЛАГОЛЬНОГО СЛОВАРЯ

а) Названия действий предметов (по картинкам)

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

3. ВЫЯВЛЕНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В РЕЧИ ПРИЛАГАТЕЛЬНЫХ обозначающих: величину предметов; форму; цвет; вкус; оценку предметов (чистый-грязный, хороший-плохой и т. д.). Согласование прилагательных с существительными.

4. ВЫЯВЛЕНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В РЕЧИ ДРУГИХ ЧАСТЕЙ РЕЧИ

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

ОБСЛЕДОВАНИЕ ОТРАЖЕННОЙ РЕЧИ

1. Повторение изолированных звуков и слогов (с целью выяснить, насколько четко ребенок различает отдельные звуки и насколько легко он находит для них артикуляцию)

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

роба на наличие четкого речевого слуха; трудность выполнения свидетельствует о нарушении фонематического слуха).

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

4. 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 СИНТАКСИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ

1. Наличие фразовой речи _____

2. Объем и типы предложений _____

3. Свободное пользование фразовой речью _____

4. Составление рассказа по серии картинок _____

5. Способность к пересказу _____

ОБСЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ У ДЕТЕЙ

1. ОБСЛЕДОВАНИЕ АРТИКУЛЯТОРНОГО АППАРАТА

а) (в скобках отмечаются дефекты в строении подвижных и неподвижных частей артикуляционного аппарата) Подчеркнуть.

ГУБЫ (толстые, мясистые, короткие, малоподвижные).

ЗУБЫ (редкие, кривые, мелкие, вне челюстной дуги, крупные, без промежутков между ними, с большими промежутками, отсутствуют резцы верхние, нижние).

ПРИКУС (открытый передний, открытый боковой, глубокий, мелкий)

ЧЕЛЮСТИ (верхняя выдвинута вперед-прогнатия, нижняя выдвинута вперед-прогения)

НЕБО (узкое; высокое, так называемое "готическое"; плоское низкое)

ЯЗЫК (массивный, маленький; укороченная уздечка)

б) Подвижность органов артикуляционного аппарата

Выполнение заданий по подражанию (вслед за логопедом) или речевой инструкции:

- облизать губы языком;
- Постараться дотянуться языком до носа;
- Постараться дотянуться языком до подбородка;
- Отведение вытянутого языка направо-влево;
- Пощелкать языком;
- Поцокать;
- Сделать язык широким, распластанным;
- Сделать язык узким;
- Поднять кончик высунутого языка вверх и долго удерживать его в этом положении;
- Высунуть язык как можно дальше, а потом втянуть его глубоко в рот;
- Вытянуть губы вперед трубочкой;
- Растянуть губы в улыбку;
- Делать попеременно эти движения, меняя ритм движений;
- Выдвинуть вперед нижнюю челюсть, затем оттянуть ее назад;
- Раскрыть широко рот, а затем оттянуть ее назад.
- Раскрыть широко рот, а затем сомкнуть челюсти.

(При этом отметить свободу и быстроту движений органов артикуляционного аппарата, их плавность, а также насколько легко осуществляется переход от одного движения к другому)

2. ОБСЛЕДОВАНИЕ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ

При обследовании звукопроизношения употребляется набор предметных картинок, в названия которых входят проверяемые звуки в начале, в середине, в конце слов)

В случае неправильного произношения звука в слове предлагается произнести то же слово по подражанию, а также слоги прямой и обратный с этим звуком.

Отметить характер неправильного произношения звуков: звук опускается, заменяется другим звуком постоянно или только в некоторых словах; искажается.

3. РЕЧЕВОЙ ДИАГНОЗ. Заключение логопеда.

ОБСЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ СЕНСО-МОТОРНОЙ СФЕРЫ

1. Наличие сведений о величине предметов (большой-маленький, больше-меньше)_____
2. Знание основных цветов (сличение, сопоставление, нахождение заданного цвета в окружающей среде)_____
3. Знание основных геометрических форм (круг, треугольник, квадрат)
4. Обследование состояния тактильных ощущений (жесткий-мягкий, гладкий-шероховатый, тяжелый-легкий, теплый-холодный)___
5. 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_____
6. Состояние мелкой моторики (умеет ли застегнуть пуговицы, зашнуровать ботинок, завязать бантик, согласованная работа обеих рук_
7. Зрительно-двигательная координация._____

РЕШЕНИЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ

Приложение 2

СХЕМА ОБСЛЕДОВАНИЯ АУТИЧНОГО РЕБЕНКА (по Е.С.Иванову)

Пояснительная записка

В обследовании ребенка принимают участие врачи: педиатр, невропатолог и психиатр, специальный психолог, педагог-дефектолог и логопед, родители или лица их заменяющие. Следует учитывать, что информация, получаемая от родителей, не всегда является объективной, она нуждается в уточнении и проверке. Диагностика будет более достоверной, если специалисты имеют подготовку по проблеме аутистических расстройств, важными для диагностики являются данные о результатах ранее проводимых медицинских исследований и заключений (педиатр, невропатолог, психиатр), генетических исследований, данные электроэнцефалографических и томографических исследований. Большое значение имеет также документальная информация о проводимых ранее психологических и нейропсихологических исследованиях ребенка и документальная информация о ребенке (описательного характера) из образовательных учреждений, в которых находился (или находится) ребенок о его поведении, общении, игровой и учебной деятельности.

При обследовании используются клинический метод, параклинические методы (строго по показаниям), биографический метод, методы наблюдения и беседы, а также экспериментальные психологические методики.

В процедуре исследования следует предусмотреть, что устная и письменная информация о состоянии ребенка может поступать не только от родителей, но и меру возможного от самого ребенка.

Важно предоставить ребенку возможность самому рассказать о себе и обо всем (если у него есть речь), в той мере, в какой он может и обязательно записать используемые им местоимения, слова, предложения и описать сопровождающий их пантомимический аккомпанемент, эмоциональные и общие мо-

торные реакции. Данные обследования необходимо сопоставлять с перечнем показателей нормального нервно-психического развития детей.

1. Общие сведения

Фамилия, имя, отчество ребенка. Год и месяц рождения. Пол.

Национальность родителей. Домашний адрес. Ребенок посещает (или не посещает) образовательные учреждения, общие, специальные, находится на домашнем воспитании и обучении. Состоит (нет) на учете психоневрологического диспансера, имеет (нет) инвалидность. Кем направлен ребенок на обследование, предыдущие диагнозы.

Фамилия, имя, отчество родителей (или лиц их заменяющих). Возраст к моменту рождения ребенка. Образование, профессия, род деятельности. Состав семьи, личностные особенности отдельных членов семьи (в меру достижимого). Отношение к религии. Социально-бытовые условия: жилище, материальная обеспеченность, питание. Психологический климат в семье. Отношения ребенка с членами семьи. Кто преимущественно обеспечивает уход и воспитание ребенка. Какой ребенок по порядку рождения и сколько детей у матери, приемный ребенок.

2. Особенности психофизического развития ребенка, вызывающие беспокойство у родителей

А) Излагаются родителями в свободной, повествовательной форме, без наводящих вопросов.

Б) Беседа с уточняющими и направленными вопросами.

Следует учитывать, что в подавляющем числе случаев, матери не могут дать четкой информации на эти вопросы. Это может быть объяснено не только особенностями из личности, но и формирующими очень рано необычными симбиотическими отношениями между матерью и ребенком, неравномерностью развития отдельных психических процессов и необычной общей динамикой развития таких детей: отставание, остановка, ускорение, временная (или необратимая) утрата отдельных психических функций, опережение возрастных норм. Все эти особенности развития могут быть у одного и того ребенка и создавать у родителей одностороннее представление о психическом его развитии. Вопросы должны помочь родителям раскрыть особенности психического развития ребенка с самого рождения. Это такие особенности, на которые родители почти не обращали внимания, часто их не замечали, не могли о них рассказать, но вызывали их беспокойство.

3. Здоровье ребенка в первые дни и месяцы после рождения

В каком возрасте были замечены первые признаки необычного поведения: в первые месяцы после рождения, на первом, втором, третьем году жизни или в последующие годы. Был ли период нормального развития у ребенка? Какая причина (или причины), по мнению родителей, предшествовала изменениям в состоянии ребенка?

Реакции ребенка на физический дискомфорт (мокрые пеленки, несвоевременность кормления и др.)

Особенности поведения ребенка при общении его с матерью (положительные, отрицательные эмоциональные реакции, отсутствие реакций, особенности зрительного контакта, взгляд в пространство, мимо, не смотрит в глаза матери, взрослого и др.) Улыбка (если она есть) рефлексорная, «инструментальная», адекватная ситуации (нет). Стремление у ребенка к общению с матерью (было или отсутствовало), реакция ребенка на человека и на неодушевленные предметы (дифференцирует, нет). Узнавание близких, родных.

Мышечная напряженность, пассивность при взятии на руки (поза готовности), «тянется на руки», не замечает склонившихся над ним взрослых.

Внимание ребенка: неустойчивость, трудности привлечения внимания, «отсутствие» произвольного внимания, истощаемость, полевое внимание. Капризный ребенок, возбудимый, вялый, «необычно спокойный» ребенок от рождения. Особенности приема пищи, начиная с грудного кормления. Поведение ребенка при изменениях в окружающей среде, при незнакомых людях (активные, пассивные оборонительные реакции).

«Осмысленный» взгляд, выразительность мимики, лицо «принца».

В каком возрасте начал сидеть, стоять, ходить? Состояние тонкой моторики. Ходьба на цыпочках. Периоды регресса в двигательной сфере.

Двигательные и др. стереотипии, в каком возрасте появились, их стойкость и проявления (раскачивание туловища, раскачивание

манежа, размахивание руками, верчение и перебирание пальцев перед глазами, перелистывание страниц книги и др.). Отношение ребенка к ритмической музыке.

Особенности овладения навыками самообслуживания. Необычные страхи у ребенка и отсутствие обычных страхов, опасений. Проявления гипердинамического синдрома. Нарушения ритма сна и бодрствования в ночное время.

Реакция ребенка в конце первого года жизни на речевое обращение к нему взрослых. Не было ли впечатлений, что у ребенка имеются нарушения слуха, зрения. Когда начал произносить отдельные слова, фразы?

Были ли периоды гуления, лепета в процессе формирования речи?

Отсутствие речи. Реакция ребенка на голос по сравнению с другими звуковыми раздражителями.

Семантические особенности первоначально произносимых слов и некоммутативные особенности фразовой речи.

Непосредственные и отставленные эхолалии. Особенности употребления глаголов и местоимений, использование в речи неологизмов. Оторванность вербальной информации от ситуации. Особенности голоса, интонации.

Императивность речи. Монологическая речь. Речевая «одаренность».

Сопутствующие произношению звуков, слов движения головой, руками, туловищем. Нарушения звукопроизношения, мутизм. Регресс речи.

Отставание в умственном развитии (да, нет). Парадоксальная «сообразительность» ребенка.

Преждевременное, ускоренное ин-теллектуальное развитие ребенка, особенности такого развития (примеры).

Разрыв между абстрактным запасом знаний ребенка (знания планет, насекомых, отрывков прозы и стихов, географических понятий) и использованием этих знаний в практической деятельности. Беспомощность ребенка в реальной жизни. Умственная отсталость: знания и умения, соответствие психического возраста паспортному возрасту, продуктивность учебной деятельности. Особенности игровой деятельности: манипулятивные, стереотипные действия неигровыми предметами, их одушевление, странные игровые фантазии и интересы, трудности вовлечения в совместную игру с детьми (игра рядом с детьми, но не с ними), инертность игровых

действий, трудности переключения на другой вид деятельности. Понимание правил игры и их выполнение .

Какие роли (активные, пассивные) ребенок предпочитал выполнять в игре.

Динамика в формировании игровой деятельности. 4. Биографические данные (анамнез)

1. Не было ли у родителей, их родственников, братьев и сестер ребенка лиц с отклонениями характера, душевно и нервнобольных, страдающих наркоманией и алкоголизмом, злокачественными опухолями, заболеваниями обмена веществ и желез внутренней секреции.

2. Возраст родителей во время зачатия и состояние их здоровья, не было ли у них при этом алкогольного опьянения. Здоровье матери во время беременности. Какая по счету беременность?

Роды нормальные, патологические, характер осложнений. Состояние ребенка после рождения.

Ребенок желаемый, не желаемый, единственный или еще есть дети.

3. Особенности возрастного периода до трех лет (смотри выше), в дошкольном и школьном возрасте. Нарушения питания, нарушение дыхания, обмороки, судороги, припадки, страх и тревога в одиночестве и в присутствии посторонних лиц, снохождение, нарушение сна, мочеиспускания и дефекации.

Когда стал сидеть, стоять, ходить. Формирование речи (см. выше). Формы семейного воспитания, воспитания в детском доме. Общение ребенка с матерью, близкими и посторонними лицами, с взрослыми и сверстниками.

Любимые игры и характер игровой деятельности (смотри выше). Личность ребенка: общительный, замкнутый, застенчивый, пугливый, упрямый, конфликтный и др. Половая идентификация.

Особенности поведения и адаптации в дошкольных учреждениях и в школе. Отношения со сверстниками и педагогами. Успеваемость, любимые предметы, увлечения.

5. Перенесенные заболевания (излагаются в хронологическом порядке)

Психогенные заболевания (неврозы, психозы), последствия материнской депривации.

Аллергические состояния.

Инфекции. Энцефалиты, менингиты. Особое внимание обратить на хронологические инфекции (ревматизм, бруцеллез, туберкулез и др.), на очаги скрыто протекающей гнойной инфекции (отиты, тонзиллиты, заболевания придаточных пазух носа, хронические пневмонии и др.), на длительные, с невыясненной этиологией недомогания общего характера, сопровождающиеся субфебрильной температурой.

Радиационные поражения, интоксикации, алкоголизм, наркомания.

Сотрясение и ушибы головного мозга. Электротравмы.

Заболевания желез внутренней секреции. Нарушения питания, авитаминозы, заболевания крови, опухоли (доброкачественные, злокачественные).

б. Соматическое обследование

1. Внешний вид ребенка: вялость, пассивность, пониженный мышечный тонус, гипервозбудимость, двигательное беспокойство. Осанка. Размеры (окружность) и форма черепа. Вес, рост ребенка. Телосложение. Дисгенетические признаки.

Укороченные конечности, эмбриональная форма кисти. Атаксия, дрожание, гиперкинезы. Короткая шея.

2. Телосложение: нормостеническое, астеническое, пикническое, атлетическое, диспластическое.

Расстройства в развитии всего организма (инфантилизм, несоответствие в росте, весе, размерах частей тела), так и отдельных его органов (особенности строения туловища, конечностей стоп, кистей, половых органов и др.). Волосистой покров.

3. Кожные покровы: нормальной окраски, пигментированные, иктеричные, цианотичные, сухие, сальные, шелушащиеся, с родимыми пятнами (описать форму, цвет, количество, локализацию),

опухолевидные образования, ангиомы, участки отечности и припухлости, кожные складки.

Лимфатические железы: в норме, увеличены, прощупываются, болезненные.

4. Эндокринная система: признаки гипотиреоза или тиреотоксикоза, акромегалии, нанизма, ожирения, евнухоидизма и др.

5. Костно-мышечная система и внутренние органы. Антифизиологическая подвижность в суставах, мышечный гипертонус и ги-понус. Позвоночник: кифоз, сколиоз, лордоз. Форма и величина живота: нормальный, большой, вздутый, втянутый, врожденный порок сердца. Состояние системы пищеварения и дыхания.

7. Неврологическое обследование

1. Минимальная мозговая дисфункция.

2. Состояние черепно-мозговой иннервации.

3. Двигательные функции, движение свободные, плавные. Общая двигательная заторможенность (ступор, каталепсия).

Парезы, параличи. Координация движений, синергии, походка: па-ратическая, спатическая, атактическая, грациозная, неуклюжая и др. Гиперкинезы, судорожные припадки. Физиологические рефлексy (врожденные автоматизмы), обязательно указать, в каком возрасте они обнаружены. Патологические рефлексy.

4. Исследования чувствительности. Характер расстройств: корковый, проводниковый, сегментарный, по истерическому типу. Границы нарушений чувствительности.

8. Психологическое обследование

1. Внешний вид, общение и поведение. Опрятен, придерживается правил поведения при общении со старшими. Не опрятен в одежде, дурашлив, циничен, агрессивен. Легко вступает в общение, активно поддерживает его, проявляет интерес к беседе, пассивно или с тревогой избегает общения, безразличие, негативизм. Замкнутость, застенчивость. Общение формальное.

Некритично навязчив в общении, слащав, стремиться быть в центре внимания. Внушаем, конформен.

Двигательные стереотипии, эхопраксии, импульсивность, дурашливость, гримасничание. Ами-мия, маскообразность.

Левша, правша. Стремление к сохранению постоянства в окружающей среде, в быту, в одежде.

2. Речевое общение (см. Выше): отвечает односложно, правильно, неправильно, ответы мимо, многоречивость, резонерство, неологизмы, эхоталии, бессвязная, разорванная речь, «словесный салат», патологическая обстоятельность.

Монотонность речи. Изменения дикции, расстройства артикуляции.

Скандированная речь. Заикание и его характер. Активный и пассивный словарь. Общее речевое недоразвитие (указать уровни). Аграмматизмы речи.

Общий мутизм, элективный мутизм. Дисграфия, дислексия.

3. Состояние сознания, ориентировка во времени, месте и собственной личности. Узнавание окружающих, обстановки, определение времени по часам. Синдром нарушений сознания.

4. Нарушение чувственного познания.

А. Нарушение ощущений. Гиперестезия, типестезия (снижение, повышение, «извращение зрительных, слуховых, тактильных ощущений при аутизме).

Перевод модальности одних ощущений в другие. Сенестопатии. Парестезии.

Б. Нарушения восприятия. Гиперселективность восприятия аутичного ребенка. Иллюзии, галлюцинации.

В. Психосенсорные расстройства.

5. Особенности мышления. Этап формирования мышления.

А. Формальные нарушения мышления. Нарушения темпа (замедление, ускорение и др.). Нарушения целенаправленности мышления (обстоятельность, персеверации, резонерство, задержки, бессвязность, разорванность и др.).

Б. Структурные нарушения мышления: аутическое, символическое мышление, тенденции к образованию патологических доминирующих идей, стремление задавать однотипные вопросы, не имеющие познавательного значения, патологическое фантазирование и игровая деятельность, бредоподобные идеи. Навязчивые опасения, навязчивые и бредовые идеи.

Игрушки-талисманы.

6. Особенности памяти и внимания.

Преобладающая форма памяти.

Дисмнезии, амнезии, парамнезии. Истощаемость внимания, полевое внимание, трудности переключения и др.

7. Интеллект: коэффициент ума, умственная отсталость, задержка психического развития, деменция.

Словарный запас, понимание и объяснение пословиц, пробы на различие, сходство, обобщение и др.

Выполнение простейших арифметических действий. Данные методики Векслера и др.

8. Настроение: ровное, грустное, тоскливое, злобное, мрачное, тревожное, эйфоричное, маниакальное. Соответствие поведения

и настроения. Эмоциональная неустойчивость. Аффективные вспышки, агрессивность. Безразличие. Тревога, страх. Эмоциональная тупость.

9. Личностные особенности: самооценка - завышена, занижена, адекватна. Эгоцентризм.

Отношение к родителям, братьям и сестрам, сверстникам, воспитателям, учителям. Отношение к учебной и трудовой деятельности.

9.Параклинические исследования.

Эти исследования производятся строго по показаниям.

1. Рентгенологическое исследование черепа, придаточных пазух носа, костей скелета.

2. Генетические и биохимические исследования.

3. Электроэнцефалография и др.

Приложение 3

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА СОПРОВОЖДЕНИЯ

Фамилия, имя ребенка _____

Дата рождения _____

Специалисты	понедельник		вторник		среда		четверг		пятница	
Учитель-дефектолог										
Учитель-логопед										
Педагог-психолог										
Воспитатель ГПД										
Музыкальный руководитель (учитель музыки)										"
Педагоги доп. образования										
Медицинские специалисты	сент.	окт.	ноябрь	дек.	янов.	февр.	март	апрель	май	
Врач-педиатр										
Врач-психоневролог										
Процедуры	сент.	окт.	ноябрь	дек.	янов.	февр.	март	апрель	май	
Массаж										
ЛФК										
Физиотерапия										
Фитотерапия										

Учитель-дефектолог _____

8 й

8 о

* J

8

3

I

о

04

01-й

IS!

i . <*

Si i

g = ¥

WO c

Is e

- 8

« a

0 ы

я W

Э ем

* O

a ë

co

1 £' e- 1 2

o §§

ев O

e *

В 5						
& <o						
if						
«a O						
ill						
я S. S						
= = S						
311 r						
- = =						
S 5 S						
& r						
И						
o и						
c =;						
s						
ac						

S						
X						
CS						
ш						
о						
ч						
и						
ч						
и						
"8						
2						
о						
ж						
и						
и						
т						
о						
х						
u						
а						
1						
Г						
Р						
^						
R						
2?						
li						
а.						
и с е щ и а л и с т ы	I S ? I x >.	5 1 ? 1 x >	1 I = ! о с	р с о со	1 и S J к	! с

С

D. sS I

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Аутизм: нарушения обмена веществ и их коррекция* / Под ред. С.А. Морозова. М.: Сигнал, 1999.
2. *Детский аутизм: Хрестоматия* / Под ред. Л.М.Шипицыной. СПб: ИСПиП, 1998.
3. *ГилбергК, Питере Т. Аутизм. Медицинские и педагогические аспекты.* СПб., М.:ВЛАДОС, 1998.
4. *Грэндин Т., Скариано М. Отворяя двери надежды. Мой опыт преодоления аутизма.* М.: Центр лечебной педагогики, 1999.
5. *Иванов Е.С. «Загадочный» ребенок* // Классный журнал S+, 2001. №3. С. 16-18.
6. *Иванов Е.С. Деятельность службы сопровождения при работе с детьми страдающими аутизмом* // Психолого-педагогическое и медико-социальное сопровождение развития ребенка / Материалы

- Российско-фламандской науч.-практ. конф. 14-16 марта 2001. СПб., 2001. С. 122-123.
7. *Иванов Е. С., Демьянчук Л.Н., Демьянчук Р.В.* Аутичный ребенок: проблема интеграции /В сб.: Ананьевские чтения: (Тезисы науч.-практ. конф.) / Под. ред. А.А.Крылова. СПб., 2000. С. 180-181.
 8. *Иванов Е.С., Демьянчук Л.Н., Демьянчук Р.В.* Барьеры разрушаются в атмосфере тепла // Классный журнал 5+. 2001. № 3. С.19-20.
 9. *Иванов Е.С., Демьянчук Л.Н., Демьянчук Р.В.* Направления психокоррекционной работы с аутичными детьми / В сб.: Психолого-педагогические аспекты образования детей с отклонением в развитии. 2001. М.: Изд-во МГУП, 2001. С. 166-167.
 10. *Иванов Е.С., Демьянчук Л.Н., Демьянчук Р.В.* Опыт социализации детей с аутизмом / В сб.: Социальная работа с детьми и подростками группы риска: (Тезисы Международной конференции 15-19 мая 2000 г.) / Под. ред. А.А.Реана. СПб., 2000. С. 39-40.
 11. *Каган В.Е.* Аутизм у детей. - Л.: Медицина, 1981.
 12. *Каган В.Е.* Преодоление: неконтактный ребенок в семье. СПб.: Фолиант, 1996.
 13. *КлеркХ. де.* «Мама, это человек или животное?». Об аутизме. СПб.: ИСПиП, 2001.
 14. *Комплексное сопровождение детей дошкольного возраста / Под ред. Л.М.Шипицыной.* СПб.: Речь, 2003.
 15. *Лебединская К. С., Никольская О.С.* Диагностика раннего детского аутизма. М.: Просвещение, 1991.
 16. *Лебединский В.В.* Нарушения психического развития у детей. М.: Изд-во МГУ, 1985.
 17. *Лебединский В.В., Никольская О.С, Баенская Е.Р., Либ-линг М.М.* Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. М.: Изд-во МГУ, 1990.
 18. *Никольская О.С, Баенская Е.Р., Либлинг М.М.* Аутичный ребенок. Пути помощи. М.: Теревинф, 1997.
 19. *Питере Т.* Аутизм: от теоретического понимания к педагогическому воздействию. СПб.: ВЛАДОС, 2002.